

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

N°

979

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Françoise DERRE GUILHAMET

née le 26 juin 1931 à Thorigny (S. et M.)

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA REHABILITATION
DES DIMINUES PHYSIQUES EN FRANCE ET A L'ETRANGER

(Etude comparative des législations, des organisations, et des résultats)

Président : Mr M. GAULTIER, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

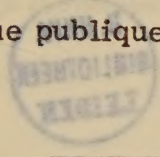
DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Françoise DERRE GUILHAMET

née le 26 juin 1931 à Thorigny (S. et M.)

Présentée et soutenue publiquement le :



CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA REHABILITATION
DES DIMINUES PHYSIQUES EN FRANCE ET A L'ETRANGER

(Etude comparative des législations, des organisations, et des résultats)

Président : Mr M. GAULTIER, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e

FAKULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

Année 1903

DOCTORAT EN MÉDECINE

DEVELOPPÉ

Présentée par
M. le Dr J. L. (1903) et (1904) (2. et 3. M.)



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA RÉGÉNÉRATION
DES DIMENSIONS RÉGÉNÉRÉES EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

(Étude comparative des législations, des organisations, et des résultats)

Présentée : par M. GAULTIER, Professeur.

ÉDITION A. C. E. M. B. - R. RUE DANTON - PARIS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR Jean VERNE

2^e ASSESSEUR Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-G.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2^o CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	CORDIER (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		FUNK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut	LENÈGRE (J.)
	Broussais	SOULIÉ (P.)
	Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)		DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)		LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique		PADOVANI (P.)
Sémiologie médicale		DOMART (A.)
Sémiologie et clinique chirurgicales		POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)		COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)		TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	{ CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (G.) OLIVIER (G.) GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. s. ch.	Orthopédie	{ JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	{ ABELANET (R.) BUSSE (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	{ DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Anesthésiologie	{ KERN (E.) VOURC'H (G.)	Parasitologie	{ GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Bactériologie	{ BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.) BADJEU Et. m. conf.	Pathologie chirurgicale	{ BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES
Biochimie médicale	{ BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRÜH (J.) JEROME (H.)	Pathologie exotique	{ GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)	Pathologie expérimentale	{ SCHNEIDER (J.) BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.)
Carcinologie	{ BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)		{ AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.)
Dermato-Syphiligraphie	{ CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)	Pathologie médicale	{ ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)		{ JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) NOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Hématologie	{ BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)		
Histologie	{ COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Hydrologie	{ BESANÇON (F.) CORNET (A.)		
Hygiène	{ BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALOUSTRÉ (H.)		
Maladies infectieuses	{ BASTIN (R.) DUPONT (V.) DEROBERT (L.), pr. s. ch.		
Médecine légale	{ FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)		
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)		
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)		
Obstétrique	{ GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)		
Ophthalmologie	{ BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)		

	MM.		MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.)	Psychiatrie	PICHOT (P.) DENIKER (P.) DUCHE (D.)
Physiologie	GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.	Psychiatrie infantile	FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Physique médicale	GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
		Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
		Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMELINE (A), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
		Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)	BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)	
Conservateur en Chef de la Bibliothèque		
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)	
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)	
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents

Monseigneur le Professeur Michel GUILLOT

avec toute ma reconnaissance et
mon affection.

qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'assurance
de votre respectueuse reconnaiss-
sance.

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Michel GAULTIER

qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression
de notre respectueuse reconnais-
sance.

A Monsieur Paul IMARD

qui nous a inspiré ce travail,
en marque de gratitude pour l'aide
qu'il nous a apportée.

A Monsieur le Docteur GILLON

Médecin Inspecteur Général du Travail et
de la Main-d'Oeuvre

A Madame NETTER

Chef de Bureau au Ministère du Travail

A Monsieur J. BING

Administrateur Civil au Ministère du Travail.

Pour leur chaleureux accueil,
pour les conseils et la documenta-
tion qu'ils nous ont donnés.

Qu'ils trouvent ici l'expression
de notre gratitude.

I N T R O D U C T I O N

Depuis la fin de la deuxième guerre mondiale, de nombreux articles et travaux traitant des problèmes posés par les diminués physiques ont été publiés tant en France qu'à l'étranger.

- En 1951 - Bernard D. DAITZ souligne la critique formulée par Lord HORDER :

" Réadaptation fonctionnelle, rééducation et reclassement sont dans l'air. Avec un grand nombre de gens qui en parlent sans que leur coeur y soit, ces idées restent en l'air".

- En 1954 - " Ce qui paraît caractériser l'ensemble du problème c'est une relative imprécision, portant sur la terminologie, le nombre des bénéficiaires éventuels du reclassement, par suite le nombre d'organismes à mettre en place, enfin sur l'application de textes de caractère souvent empirique et intervenus postérieurement aux réalisations " .- écrit Fr. SIMON.

- Pourtant en 1959 - L. PELLISIER constate :

" On commence à trouver quelque chose de tangible sous ces rubriques de réadaptation, de reclassement, de réhabilitation, qui ont les faveurs de la mode et des technocrates dirigeants"

- Monsieur BURON en 1961 - Lors du Congrès de la Fédération des Associations et Organismes de post cure et de rééducation fonctionnelle et professionnelle des diminués physiques à Berck, dit :

"Je me félicite de voir réunis dans un même effort de compréhension et de travail, les représentants du Ministre de la Santé et du Ministre du Travail, et les délégués de nos Associations d'handicapés physiques."

Il semble donc qu'au cours de ces dernières années des progrès réels aient été réalisés dans ce domaine.

En France, on évalue très approximativement à 2 000 000 le nombre des diminués physiques.

- En 1946 - à la suite du recensement de la population on comptait 1 000 000 d'invalides de guerre dont 50 % soit 500 000 avaient des taux de pension supérieure à 25 - 30 %.

- En 1954 - on dénombrait 92 447 accidents du travail et du trajet pouvant donner lieu à une incapacité permanente.

- En 1955 - On en comptait 67 253.

- 46 470 personnes étaient grièvement blessées dans des accidents de la route en 1954.

- En 1959 on estimait à :

40 000 les aveugles dont 10 % de moins de 20 ans
et 60 % de plus de 50 ans.

100 000 épileptiques adultes dont 50 % sans travail
et 10 % en asile

10 000 jeunes épileptiques

4 200 sourds muets d'âge scolaire.

8 000 amputés et mutilés par an.

3 000 polios par an

2 000 enfants infirmes moteurs

30 000 paralysés dont 1/3 sont rééducables.

Les tuberculeux, les cardiaques, les diabétiques, les débiles mentaux et les malades mentaux, les porteurs de séquelles de maladies professionnelles, viennent encore augmenter le nombre des handicapés.

- Aux U S A on évalue à 23 millions (y compris les rhumatisants) pour 160 millions d'habitants, le nombre des handicapés.

- En Angleterre on estime à 2 millions le nombre de personnes ayant besoin d'assistance pour trouver ou conserver un emploi, en raison de quelque sérieuse déficience, ce chiffre ne comprenant pas les personnes en traitement pour accident récent ou maladie grave, ni les personnes souffrant d'une mauvaise santé chronique.

Il semble que ces quelques chiffres suffisent à justifier cette " mode" de la réadaptation et de la remise au travail des diminués physiques.

Nous n'avons plus le droit dans cette seconde moitié du XX ème siècle de faire l'aumône aux déficients, en les obligeant à vivre en parasites malgré eux.

L'aide aux handicapés doit revêtir un caractère beaucoup plus humain, par la réadaptation à une activité professionnelle, le sujet handicapé, redevenant producteur, retrouve, comme le souligne P. CIBRIE : " Sa dignité d'homme vraiment libre, il récupère sa personnalité, tandis que la société récupère un travailleur ".

Ainsi tant pour des raisons médicales et humaines, que pour des raisons sociales et économiques, il y a eu dans notre pays une prise de conscience plus précise des différents aspects que comporte le problème de la réhabilitation des diminués physiques, et de leur importance, l'amenant à juste titre au premier

plan des préoccupations des spécialistes et des dirigeants.
Une action d'ensemble s'engagea alors.

- Depuis 15 ans une évolution s'est faite dans les idées et dans les textes législatifs en France comme à l'étranger, c'est ce que nous allons essayer de retracer.

- Dès 1941, un plan national de réadaptation et de reclassement des déficients était élaboré en Angleterre, et depuis 1944, la réhabilitation est organisée et fonctionne, avons nous comblé notre retard ? Pouvons-nous à l'heure actuelle, faire état d'un " plan " ? La réhabilitation est-elle organisée ? A quel stade en sommes-nous 4 ans après l'adoption de la Loi du 23 Novembre 1957 ? C'est ce que nous allons essayer de mettre à jour.

-:-:-

DEFINITION

=====

Avant de poursuivre l'exposé que nous nous proposons de faire, il nous semble utile d'essayer de définir ce que l'on entend par diminué physique, réhabilitation, réadaptation et rééducation.

Pour l'auteur américain H.H. RUSK :

" La diminution physique comporte une signification unique, personnelle et souvent profondément inconsciente pour la personne qui en est affligée. Le déficient est physiquement socialement, économiquement "a marginal person", un individu en marge de la collectivité. Les diverses voies qui lui sont fermées à cause de son infirmité et de l'attitude de la société à son égard produisent en lui un sentiment de frustration et un état conflictuel".

H.H. KESSLER écrit :

" Nous restreindrons notre interprétation du terme aux sujets qui souffrent d'une diminution visible ou cachée, celle-ci réduisant leurs possibilités physiques de travail, ou étant à l'origine d'une intégration sociale peu satisfaisante".

Pour P. SIVADON :

" Le déficient est un inadapté adaptable".

D'après BERT HANMAN :

" Les diminués physiques au sens large, constituent la majorité des êtres humains, les personnes dotées d'une intégrité physique absolue étant l'exception. Cette notion de la diminution physique proprement dite ne se confond pas avec une diminution professionnelle . Toute profession exige une qualification, une expérience, un certain niveau d'intelligence et de culture : toute personne est professionnellement inapte à une ou plusieurs professions. En conséquence il n'existe aucune différence essentielle, en ce qui concerne le placement, entre les diminués physiques et les travailleurs dits normaux".

J. LECOQ écrit :

" On a parlé de déficients, puis de diminués physiques, actuellement on parle d'handicapés. En fait il semble qu'il faille résister à la tentation de créer une catégorie particulière de travailleurs.

On n'a pas de moyens rigoureux d'apprécier la capacité de travail d'un individu, ni même de symboliser une approximation valable, on ne peut établir de règles générales. De même les équations qui essaient de caractériser les exigences des postes de travail sont d'une exactitude très relative. Cela revient à dire que tous les travailleurs, quelque'ils soient, nécessitent une adaptation, facile pour les uns, difficile pour les autres, et que dans certains cas les difficultés peuvent être mises sur le compte de l'état de santé."

Pour le législateur responsable de la loi du
23 Novembre 1957 :

" Est considéré comme travailleur handicapé pour bénéficier des dispositions de la présente loi, toute personne dont les possibilités d'acquérir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales".

Dans un rapport officiel communiqué par Monsieur l'Attaché du Travail de l'Ambassade Britannique à Paris au Bulletin du Centre d'Etudes et Recherches Psychotechniques, nous pouvons lire :

" La définition de la déficience ou de l'invalidité n'est pas facile à donner. Aucun d'entre nous n'est physiquement parfait et l'anomalie est une question de degré. Cependant le Médecin, le fonctionnaire chargé du placement et le psychologue utilisent tous une mesure différente pour apprécier ces degrés".

SCHAAP dit :

" Seules les personnes sérieusement atteintes et qui par là même, éprouvent des difficultés dans le choix de leur carrière et dans leur vie professionnelle sont considérées comme diminués physiques."

J. GODARD, A. DELABROISE, P. MEYER pensent eux aussi que :

" La notion même de déficient est très imprécise, elle commence dès l'inadaptation physiologique de l'homme au métier, et en cela les causes psychologiques et sociales sont aussi importantes que les causes physiques.

Pour M.R. CAYET :

"Réhabilitation : rendre un individu de nouveau habile, c'est à dire apte au travail, apte à la vie sociale, et professionnelle." et il définit trois sortes de réhabilitation.

I) " Réhabilitation médicale qui après un traumatisme ou une maladie, a pour but la remise en valeur de toutes les activités physiques, ou au moins la récupération optima des activités antérieures, compte tenu du handicap restant".

2) " La réhabilitation professionnelle : rééducation ou apprentissage d'un autre métier dans le cas où l'ancien ne peut plus être exercé à cause du handicap ; autant que possible on recherchera un métier de la même famille professionnelle que le métier antérieur."

3) " La réhabilitation Sociale : réintégration dans le monde du travail, but final de toute réhabilitation. Cette réintégration se fera d'autant plus facilement que la réhabilitation aura été plus complète et que le sujet sera parfaitement adapté à son travail".

PELLISIER distingue :

"La réhabilitation : c'est donner à un malade amoindri, une place décente sur notre échiquier social, afin qu'il cesse d'être un déchet."

" La réadaptation : c'est la remise du malade guéri en état de travailler".

" Le reclassement : c'est la remise au travail dans un métier autre que celui d'avant la maladie".

J.J. ROUDEPIERRE et B. JOLIVET voient dans la réadaptation :

"Des données qui structurent à l'heure actuelle l'action socio-thérapeutique dans un but de parfaite réinsertion socio-économique".

Enfin dans le rapport anglais cité précédemment le mot "réhabilitation " comprend à la fois : " le sens de réhabilitation, rééducation, réadaptation fonctionnelle, réentraînement à l'effort, reclassement dans le milieu professionnel, réinsertion dans le contexte social".

A travers ces définitions il semble qu'il faille retenir que :

1) Le déficient physique doit être considéré sur deux plans différents :

- Sur le plan médical on considérera comme déficient physique toute personne atteinte dans son intégrité physique et psychique, que l'origine en soit, congénitale ou acquise, par traumatisme ou par maladie. Ce déficient physique pouvant guérir complètement et recouvrer toute son intégrité ou au contraire, demeurer un déficient physique du fait de séquelles irréductibles en dépit de la réhabilitation médicale.

- Sur le plan professionnel d'autre part, il faudra faire une distinction entre le diminué physique et le diminué professionnel.

2) La réhabilitation pour nous, semble englober selon la conception anglaise tous les termes qui en représentent les différentes phases. La réhabilitation étant un processus continu, qui doit aboutir à la réintégration du diminué physique dans le circuit social et économique, pourra pour atteindre le but final, parcourir les étapes suivantes :

§ Rééducation et Réadaptation fonctionnelle.
§ Réentraînement à l'effort, et toute autre
§ thérapie nécessaire constituant la réhabilitation
§ médicale.

-

§ Réentraînement au travail.
§ Rééducation professionnelle.
§ Formation professionnelle constituant la réhabili-
§ tation professionnelle.

Reclassement et réemploi, constituant la réhabili-
tation sociale.

HISTORIQUE

Il semble que l'idée de venir en aide aux infirmes, en les réadaptant à la vie et au travail, soit née de la guerre.

Aux Etats-Unis, dès le XVIIème siècle, comme le note M. CARPET dans un article paru en 1958, le pays reconnaissait déjà aux invalides de guerre :

" Le droit à la réadaptation et à une réintégration optima dans la vie civile".

Avant 1914 en France, comme presque partout dans le monde, aucune organisation pour reclasser les infirmes; c'est peu de temps après la fin du premier conflit mondial, que prend jour la première loi française donnant droit aux anciens combattants et victimes de guerre, à la "rééducation professionnelle" la création des centres d'anciens combattants permet ainsi la réintégration dans le travail normal de nombreux mutilés.

Depuis la fin de la seconde guerre mondiale, une profonde évolution et un nouvel essor ont été donnés à l'idée de réadaptation dans un très grand nombre de pays. Depuis 15 ans, des efforts méritoires ont été faits, et l'on commence "à trouver quelque chose de tangible derrière ces rubriques de réadaptation, de reclassement et de réhabilitation". C'est une nouvelle étape qui commence car, comme le souligne M. BURON dans un article sur

" la réadaptation économique et sociale du diminué physique" (Mai 195)
le problème du diminué physique à travers les âges a connu 4 époques :

" L'époque de Sparte de la Sélection naturelle. La société refuse le diminué physique. Le problème de la réadaptation en principe se trouve par la même résolu. Seul le bien portant a sa place dans le monde. On élimine l'enfant mal conformé, on abandonne le grand blessé ou l'infirme.

" L'étape du Moyen Age est beaucoup plus longue sous l'influence de la pensée chrétienne, il a paru impossible que soient abandonnés les faibles. Et la Société, l'église d'abord, les puissants ensuite, l'état enfin, se sont efforcés de prendre, avec des moyens plus ou moins importants, le diminué physique en charge. Les connaissances médicales étant limitées, on n'abandonnait plus le faible, mais on ne pensait pas qu'on put faire, du faible, un fort .

Ce fut l'époque de la léproserie, ce fut l'époque du diminué physique mis à part de la société, mais pris en charge par elle, et relié a elle par l'amour fraternel.

" La 3ème étape a commencé grâce aux progrès de la science et de la technique. On est arrivé à l'époque du traitement médical complet, c'est-à-dire qu'on essaie de faire du diminué physique, de l'infirme, du malade, un guéri.

Mais l'objectif du traitement est un objectif encore trop limité.

" La 4ème époque, celle qui commence à peine mais qui doit s'épanouir dans les années à venir, c'est celle de la réintégration sociale totale".

Par quelles voies sommes nous arrivés à cette 4ème étape?

Pendant très longtemps les infirmes comme les vieillards et les orphelins ne pouvaient recourir qu'à la bienfaisance privée ou collective. Les hospices, les bureaux de bienfaisance recueillaient les déshérités, ou distribuaient des secours à domicile, mais comme le précisent M. LORY et Mlle PICQUENARD dans leur article sur "l'intervention de l'aide sociale paru dans la revue réadaptation de Juin 1961 ce n'était là que des secours facultatifs, généralement précaires et insuffisants .

Dès la fin du XIX^e siècle, le gouvernement "recommande" la création de services d'assistance à domicile, l'état s'engageant à participer aux dépenses, mais aucune obligation n'est imposée aux départements et communes, si bien que le mouvement reste très limité. C'est seulement par la loi du 14 Juillet 1905 basée sur les principes définis au cours d'un congrès international d'assistance qui se tint en 1889 à Paris, que l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables devient obligatoire.

Malgré ce premier pas, la bienfaisance privée et celle des pouvoirs publics se borne à apporter une aide financière aux infirmes, on ne leur demande aucun effort et il ne leur reste qu'à adopter l'attitude passive d'assistés définitifs, c'est la seule voie qui leur est offerte. Les progrès de la thérapeutique et de la prothèse, la nécessité pendant les années de guerre, de récupérer au plus vite les ouvriers accidentés, (et même le besoin de main d'oeuvre étant tel pendant cette période) d'embaucher des invalides ayant abandonné tout travail depuis longtemps, enfin l'obligation de réparer les préjudices causés par les hostilités et la nécessité de rendre apte au travail et à une vie normale un grand nombre d'hommes jeunes dont les services étaient indispensables au redressement de leur pays, tout cela contribue à faire évoluer la notion que la collectivité se faisait de l'aide à apporter aux infirmes.

Les résultats inespérés obtenus lors de ces expériences tentées en dernier ressort devant l'urgence des nécessités, apportèrent la preuve de la possibilité et de la rentabilité de la réadaptation. Il n'était alors plus possible de se borner à n'apporter à l'infirmes qu'une aide financière, il fallait avant tout, l'aider à prendre sa place dans la société, et c'est ainsi qu'aujourd'hui la réadaptation d'un handicapé physique est devenue un processus complexe, faisant appel à de multiples compétences, dont la coordination devra aboutir à la réinsertion la meilleure possible du malade ou du blessé dans la société.

Parallèlement à l'évolution dans l'attitude de la société à l'égard des infirmes, et grâce aux efforts et à la ténacité des oeuvres privées, véritables pionniers de la réadaptation, se dessine une évolution semblable dans l'attitude des pouvoirs publics.

Quelles furent donc les différentes étapes dans l'évolution de la législation envers les handicapés ?

LEGISLATION FRANCAISE

=====

C'est en 1814 à la suite du célèbre rapport du Dr Villermé sur le travail des enfants que la première des lois, qui devaient par la suite constituer le code du travail, vit le jour. Pour la première fois le législateur se penchait sur les problèmes inhérents au travail et aux travailleurs.

Cette loi du 22 Mars 1841, en fait, ne fut pas appliquée faute de moyens de coercition.

Ce n'est donc que 33 ans plus tard, en 1874, qu'une nouvelle loi sur le travail des enfants et filles mineures entre en vigueur réellement, organisant simultanément un service spécial d'inspection du travail chargé de veiller à son application.

Le Dr. Villermé poursuivant ses études sur les conditions de travail et les accidents dont sont victimes les ouvriers, on en arrive à la notion de prévention des accidents avec la loi du 12 Juin 1893 relative à l'hygiène et à la sécurité du travail.

Enfin, c'est en 1898 que le législateur songe à la " réparation " des accidents du travail et une nouvelle loi consacre le principe d'une responsabilité patronale fondée sur le risque professionnel. L'employeur devient responsable pécuniairement des accidents, un forfait est établi selon lequel l'ouvrier touche des indemnités calculées sur la moitié du salaire, reçoit des soins gratuits, et a droit à une rente proportionnelle au degré d'invalidité, si une mutilation persiste.

En 1905, avec la loi d'assistance obligatoire aux vieillards infirmes ou incurables, on en arrive ainsi au stade de l'aide financière légale pour tous les handicapés, le premier pas est franchi.

La première loi qui envisage le droit à la rééducation professionnelle est celle de 1919 pour les anciens combattants et victimes de guerre avec la création de centres.

La loi de 1924, loi du 5 Mai, étend aux mutilés du travail le droit de rééducation dans les centres des anciens combattants.

Avec la loi de 1928, loi du 21 Juillet, obligation d'employer un pourcentage déterminé de mutilés de guerre, favorisant ainsi le reclassement et le réemploi d'une fraction seulement (10/100 de l'effectif des entreprises privées occupant plus de 10 salariés) des travailleurs handicapés, on peut penser que les bases de la politique de réadaptation et de réintégration des handicapés sont jetées; pourtant il faudra attendre presque 20 ans pour que de nouveaux efforts soient entrepris.

En 1944 la loi du 7 Mars statue sur l'organisation des services médico-sociaux de la main d'oeuvre et celle du 5 Juillet institue la prise en charge par l'assistance médicale gratuite des malades non assurés sociaux en traitement ou en séjour dans des établissements de post-cure et de rééducation.

En 1945 une ordonnance organise la protection sociale des aveugles, en facilitant leur rééducation et en les encourageant au travail par l'octroi d'une indemnité compensatrice aux aveugles travailleurs.

La même année l'ordonnance du 19 Octobre crée le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles. L'assurance prend en charge les frais de rééducation professionnelle et une assurance compensatrice de perte de salaire est versée à l'assuré pendant la période de rééducation. L'assurance invalidité qui intervient après la troisième année de maladie, couvre également les frais de post-cure lorsque l'infirmité réduit de 2/3 la capacité de travail de l'intéressé.

Le bénéficiaire doit (pour toucher les prestations)

- " - se soumettre aux traitements et mesures de toute nature prescrits dans les conditions prévues à l'article 33, ou par les autorités sanitaires compétentes
- se soumettre aux visites médicales et contrôles organisés par la caisse.
- s'abstenir de toute activité non autorisée
- accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel ".

L'arrêté du 9 Juin 1947 complète ces dispositions :

" L'assuré invalide peut obtenir la participation de la caisse régionale, à ses frais de rééducation, sous réserve des résultats d'un examen psychotechnique organisé ou contrôlé par la caisse primaire.

Si la prise en charge est acceptée, la caisse paiera :

- Frais du voyage pour se rendre à l'établissement, aller et retour à la fin du stage.
- Frais de rééducation proprement dits
- Prix des journées
- Cotisations en vue de la couverture des accidents du travail.
- Prix des appareils de prothèse de travail indispensables.

Le décret du 14 Juin 1947 traite surtout de la rééducation fonctionnelle et de l'appareillage des infirmes.

En 1949, la loi du 2 Août , dite " loi Cordonnier " du nom de son auteur, a pour objet de venir en aide à certaines catégories d'aveugles et de grands infirmes civiles qui ne bénéficient pas d'une pension en vertu d'une législation particulière.

Cette loi a été abrogée et remplacée par celle du 11 Juin 1954 sur l'assistance médicale gratuite. Pour bénéficier de cette loi, il faut être :

" âgé de 15 ans au moins, assistés totaux à domicile depuis trois mois, atteints d'une maladie les mettant dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle, reçoivent après l'expiration de cette période et pendant la durée de la dite maladie, une allocation mensuelle minimum prévue par la loi du 17 Janvier 1948 modifiée.

Les assistés totaux hospitalisés reçoivent une allocation réduite au tiers .

En 1955, le décret du 20 Juin, complète et modifie l'ordonnance du 19 Octobre 1945 concernant le régime des assurances sociales pour les professions non agricoles.

" L'état d'invalidité est apprécié en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'assuré, ainsi que de ses aptitudes physiques et de sa formation professionnelle.

- La pension est toujours concédée à titre temporaire ..."

- D'autre part, la loi du 6 Janvier 1950 prévoit un réentraînement à l'effort, l'adaptation ou la réadaptation professionnelle des tuberculeux.

- Une Circulaire du 24 Mars 1956 préconisé l'association des méthodes rééducatives et thérapeutiques, ainsi que la création des " Homes" de post-cure et des foyers d'accueil pour assurer aux malades de psychiatrie une réadaptation à la vie sociale.

Si l'on songe que dès 1926, Mlle Suzanne Fouché, après avoir créé l'Association Catholique des Malades de Berck, réclamait dans des articles de presse l'indépendance économique pour les diminués physiques, qu'en 1929 avec M. Buron, elle créait la Ligue pour l'Adaptation du Diminué Physique au Travail, on constate que la loi française aura été longue à suivre l'évolution des idées dans ce domaine. Toutefois les campagnes menées par les oeuvres privées n'auront pas été vaines. Les pouvoirs publics reconnaissent la nécessité d'une politique de réintégration des handicapés dans le circuit économique, et le principe est admis que la réadaptation fait corps avec le traitement, depuis le 5 Juillet 1944 pour l'assistance médicale gratuite, depuis le 19 Octobre 1945 pour la sécurité sociale, depuis le 2 Août 1949 pour les aveugles et les grands infirmes.

D'autre part est mise en place par l'arrêté du 17 Mai 1948 la commission interministérielle pour la réadaptation professionnelle des mutilés, invalides et diminués physiques, commission groupant des représentants des ministères intéressés, des associations d'handicapés, des organisations syndicales et chargée d'étudier les problèmes de reclassement, de rééducation, notamment sous l'angle de l'organisation de l'orientation et de la coordination. Le Conseil supérieur de la Médecine du Travail, de son côté, étudiait les conditions de réadaptation au travail et les possibilités de création dans l'industrie d'ateliers spécialisés dans la remise au travail des handicapés.

C'est à la suite de ces études que le Ministère du Travail proposa en 1953 au Ministère de la Santé Publique et de la Population et au Ministère des Anciens Combattants et Victimes de la Guerre la mise en commun des moyens existants.

Aussi la circulaire interministérielle du 30 avril 1953 complétée par la suite, par celle du 15 Novembre 1955 et du 12 Juin 1956 préconisait la création dans chaque département :

1°- un organisme d'étude et d'information, la commission départementale de reclassement professionnelle des déficients fonctionnant comme sous commission de la commission départementale de la main d'oeuvre.

2°- un organisme technique d'orientation professionnelle des diminués physiques comportant outre des commissions de synthèse des représentants des organismes de prise en charge.

3°- un service spécialisé de placement des déficients sous forme de section du service départemental de la main d'oeuvre.

Pour favoriser le placement des diminués physiques, le Ministère des Finances accepta en 1952 de maintenir les dérogations prévues par l'article 84 du Code Général des Impôts en faveur des artisans fiscaux, à ceux d'entre eux qui occupent, en sus des concours autorisés, un compagnon ou un apprenti supplémentaire, à condition que ce compagnon ou cet apprenti soit un diminué physique.

De plus le Décret du 20 Mai 1955 prévoit l'admission des diminués physiques à titre complémentaire et sous certaines conditions dans le pourcentage d'emploi obligatoire.

Pour favoriser la rééducation professionnelle, la circulaire MO/3 du 12 Octobre 1953 prévoit la possibilité de rééducation chez les employeurs sous forme de contrat passé entre les employeurs et les organismes de prise en charge.

On arrive enfin à la fameuse loi du 23 Novembre 1957 qui constituera, lorsqu'elle sera mise en place par les règlements d'administration publique, la Chartre définitive.

Pour le moment ont été prolongés:

1°) Décret du 3 Août 1959 complété par la loi du 27 Décembre 1960 visant à l'harmonisation de la loi du 26 Avril 1924 sur l'emploi obligatoire des mutilés de guerre avec les dispositions de la loi du 23 Novembre 1957.

2°) Arrêté du 9 Janvier 1961 organisant les commissions régionales consultatives d'emploi et de reclassement des travailleurs handicapés.

3°) Décret du 1er Avril 1961 portant réglementation du label destiné à garantir l'origine des produits fabriqués par les travailleurs handicapés.

Ainsi, comme le dit M. BURON : "à l'ère de la réadaptation individuelle succède maintenant celle de la réadaptation organisée..!"

Il semble en effet que les pouvoirs publics se soient engagés dans une politique de coordination des efforts et d'harmonisation des différentes institutions.

ORGANISATION GENERALE DES SERVICES MEDICAUX ET PROFESSIONNELS
DE READAPTATION EN FRANCE

Les textes législatifs se sont succédés depuis 1945, un effort certain de coordination a été fait, cependant la réhabilitation reste encore oeuvre de services indépendants, et d'organismes médico-administratifs différents, suivant que le déficient entre dans la catégorie des victimes de guerre, des accidentés du travail, des tuberculeux, suivant qu'il est pris en charge par la Sécurité Sociale, l'Assistance Médicale gratuite, ou tout autre organisme privé, sans parler du régime rural.

Nous allons cependant essayer de voir comment d'une façon générale fonctionne la réhabilitation en France.

Nous considérerons successivement :

La réhabilitation médicale

La réhabilitation professionnelle

La réhabilitation sociale

Si l'on peut schématiser ainsi pour la commodité de l'exposé, il est bien évident que ces trois étapes de la réadaptation s'intriquent et le médecin ne peut l'oublier car dès l'accident ou le début de la maladie, les responsables du traitement de l'invalidé doivent se préoccuper de son reclassement professionnel, et de sa réinstallation dans les conditions de vie les mieux appropriées et ils doivent donc envisager à l'avance les divers problèmes de nature à se poser dans le cours de la réhabilitation.

1°) LA REHABILITATION MEDICALE

Comme le souligne M. CARPET, "la réadaptation médicale constitue la 3ème phase des soins, la première étant la prévention la deuxième étant le diagnostic et le traitement du trouble proprement dit".

Cette 3ème phase va avoir pour but d'entraîner l'individu à surmonter son handicap en utilisant toutes les possibilités physiques et psychiques restantes. L'organisme n'engageant que rarement, pour un effort, la totalité de ses forces, il dispose donc ainsi d'une certaine réserve; c'est cette marge de sécurité qui peut être mobilisée et servir de compensation en cas de besoin. Et comme le dit M. BURON " il ne faut pas se limiter au plan du point faible que l'on cherche à consolider, il faut aussi rendre plus forts les points forts".

C'est bien là le but de la médecine physique, améliorer les capacités restantes et en créer d'autres. La réadaptation doit être entreprise aussi précocement que possible, dès le début du traitement de l'accident ou de la maladie, et être poursuivie jusqu'à la guérison complète ou la consolidation. Toutes les méthodes employées exigent une participation active des malades, et l'on peut dire que dans cette branche de la médecine, chaque cas pose des problèmes personnels qui doivent trouver des solutions individuelles, d'où la nécessité dès le début du traitement, de constituer un dossier aussi complet que possible, comportant: outre le diagnostic et le pronostic de l'infirmité, un bilan complet avec évaluation du potentiel, intellectuel et caractériel.

L'Assistante Sociale doit faire une enquête morale, sociale et économique du malade et de sa famille s'enquérir des conditions de son travail et de logement.

C'est sur les résultats de ces examens et enquêtes que le médecin établira le programme de la réadaptation du handicapé.

Quels sont les moyens dont dispose la médecine pour réadapter un handicapé ?

- Il y a la rééducation fonctionnelle qui, ainsi que le définit M. le Pr MERLE d'AUBIGNE, vise 3 buts essentiels :

1°) Récupération fonctionnelle

C'est la phase de recouvrement de l'amplitude articulaire et de la force musculaire, qui fait appel à l'effort local de l'exercice et qui utilise le mouvement analytique.

2°) Réadaptation fonctionnelle

Phase d'utilisation économique de l'amplitude et de la force dans les gestes de la vie courante, ou phase d'exécution d'exercices synthétiques amenant à la réalisation de gestes de suppléance.

3°) Réentraînement à l'effort

Phase de développement de la résistance physique générale qui permet la répétition des gestes et donne la possibilité de soutenir des efforts prolongés.

Pour concrétiser ces 3 buts, le médecin dispose :

1°) De la physiothérapie qui comprend :

- la kinéthérapie - à base d'exercices individuels et collectifs
- la mécanothérapie - qui utilise des appareils simples tels que le poids, poulies bicyclette orthopédique, appareils à ramper etc...
- la balnéothérapie - pour la mobilisation passive ou active en piscine de marche, avec hydro-massage, bains de vapeur, douches etc...
- l'électro- - surtout contre les séquelles nerveuses.

2°) L'ergothérapie c'est le prolongement de la physiothérapie, là encore on peut distinguer :

- l'ergothérapie fonctionnelle - qui vise à faire accomplir au malade par un travail manuel ou un acte manuel des mouvements qui lui permettront d'améliorer son infirmité physique mais ceci sous forme attractive ou artistique.
- Ergothérapie de diversion - c'est alors un loisir, mais on trouve toujours un moyen d'améliorer le sujet sur le plan physique ou psychique.
- Ergothérapie pré-professionnelle -

L'ergothérapie ne poursuit qu'un but purement thérapeutique elle peut cependant dans certains cas servir pour l'orientation professionnelle, en effet elle permet de rechercher les goûts les tendances et les moyens du sujet. De même dans certains cas elle pourra servir de pré-apprentissage

Enfin la réadaptation médicale a encore recours à la prothèse et on sait les progrès réalisés dans cette branche. Le rééducateur est le prothésiste doivent être en liaison constante, étudier ensemble les possibilités d'appareillage, et veiller à sa réalisation.

La chirurgie restauratrice a acquis également un rôle primordial.

Enfin le réentraînement à l'effort peut être l'une des modalités de la physiothérapie, ailleurs il constituera à lui seul toute la thérapeutique de récupération.

La réhabilitation médicale sera dispensée dans les hôpitaux aux malades en externat ou en internat, dans les centres médicaux agréés par la Sécurité Sociale.

Il semble que l'on puisse à l'heure actuelle dénombrer :
90 centres ou services de rééducation fonctionnelle dont
25 centres hospitaliers et hopitaux disposant d'installation de réadaptation.

1500 lits spécialisés sont répartis dans 9 centres hospitaliers dont l'hôpital Raymond Poincaré à Garches.

Le réentraînement à l'effort n'est pas pratiqué seulement dans les hôpitaux, certains établissements tels que la SNCF, la SNECMA possèdent des ateliers spécialement aménagés pour leurs ouvriers et employés atteints de déficience; ils travaillent sous contrôle médical, au rythme qu'ils peuvent assurer, sur des machines spécialement construites pour eux, ils accomplissent des travaux se rapprochant le plus possible de leur tâche habituelle, et ils sont rémunérés. Dès que cela est possible, le travailleur reprend son poste ou bien il est reclassé dans l'établissement.

La réhabilitation médicale ainsi conçue permet au diminué physique de ne pas perdre contact avec les réalités quotidiennes, et cela facilite grandement sa réinsertion sociale.

Dans la majorité des cas les malades reprennent leur emploi après cette étape médicale.

D'autres sont dans l'impossibilité d'occuper à nouveau leur poste.

FAUTREL distingue alors :

" les déficients qui peuvent médicalement être reclassés dans une profession voisine de la leur, les conditions générales de travail étant les mêmes".

" Ceux qui peuvent être médicalement reclassés dans une profession voisine de la leur, sauf en ce qui concerne les conditions générales de travail".

" Ceux enfin qui doivent médicalement être dirigés vers une toute autre profession que celle qu'ils exerçaient".

2°) LA REHABILITATION PROFESSIONNELLE

Lorsque le malade est consolidé fonctionnellement, ou stabilisé, suivant le type de l'atteinte, lorsque le mieux possible est obtenu, commence alors le stade de la réadaptation professionnelle

Les séquelles ne pouvant plus être réduites, un inventaire fonctionnel et gestuel définitif peut être établi, en tenant compte des connaissances professionnelles l'orientation professionnelle est alors possible. Connaissant d'une part de façon précise les infirmités et les insuffisances du sujet handicapé, d'autre part ayant fait des études de postes technologiques, psychotechniques, et physiologiques, on pourra fixer le but à atteindre et les différentes étapes à parcourir, on s'efforcera toujours de réinsérer le déficient dans son ancien métier ou dans sa famille professionnelle. Comme nous l'avons déjà vu, le plus souvent il suffira d'un réentraînement au travail, (on réentraîne les sujets aux gestes et aux fatigues de leur métier) dont le but est la compensation des déficiences. Comme le précise le Dr. H G POULIZAC ces compensations comprennent essentiellement

- " - l'apprentissage ou le réapprentissage des gestes professionnels
- la compensation des déficiences par des gestes compensateurs ou par le développement d'organes sensoriels vicariants (le cas des aveugles par exemple)
- la modification éventuelle des leviers de commande de la machine utilisée par l'ouvrier
- la prothèse, si nécessaire, prothèse adaptée spécialement aux opérations à effectuer dans l'exercice du métier.
- l'adaptation du mutilé à sa prothèse
- le réentraînement physique général aux rythmes et fatigues du métier".

Ces réentraînements seront accompagnés du rappel de la technologie du métier et seront quelquefois complétés par l'apprentissage de compléments technologiques utiles pour une surqualification

Si le sujet n'avait pas encore acquis de métier avant sa maladie, ou si pour des raisons d'ordre médical, le sujet ne peut reprendre ses activités dans son ancien métier; il faut alors envisager une rééducation professionnelle, c'est-à-dire l'apprentissage d'un nouveau métier. Mais là encore comme le pense le Dr HG POULIZAC

" Réentraînement au travail et rééducation professionnelle sont étroitement liés, la rééducation devant être extrêmement souple et individualisée en raison des acquisitions antérieures et de la situation physique et psychique de chacun"

Si la rééducation professionnelle doit être envisagée, le déficit pourra suivre un apprentissage soit sous contrat dans une entreprise, soit dans une école ou un centre de rééducation.

Nous comptons actuellement :

- 48 centres post-hospitaliers de réadaptation totalisant 3.427 lits dont 2.600 en province, 847 dans la région parisienne.

Sur ces 48 centres on compte :

- 5 centres pour adultes et enfants

- 19 centres pour enfants exclusivement

- 1 centre pour enfants de moins de 3 ans, c'est le centre de réadaptation fonctionnelle pour tout petits à Antony
100 lits à Garches sont également réservés aux tout petits

La plupart de ces centres sont polyvalents

- Signalons encore 6 centres Hélio-Marins

6 centres Thernaux

Dans ces centres post-hospitaliers, on poursuit à la fois la réhabilitation médicale, le réentraînement au travail, et souvent une préparation professionnelle.

Par ailleurs existent 80 centres de rééducation professionnelle proprement dits.

Ainsi le candidat à une rééducation professionnelle pourra être admis dans un de ces centres publics ou privés, en internat ou en externat. Les centres privés peuvent être agréés par la Sécurité Sociale ou l'aide Médicale gratuite, les centres publics dépendant de la Sécurité Sociale, de l'Office Nationale des Anciens Combattants du Secrétariat d'Etat au Travail. L'externat permet au sujet de se réhabituer progressivement à la vie en dehors des collectivités, et aux difficultés quotidiennes, mais la crise du logement ne permet guère encore l'extension de cette formule. Les centres pour adultes prennent des hommes et des femmes âgés de plus de 16 ans. L'enseignement dure environ 1040 heures réparties en moyenne sur 11 mois. Cet enseignement est très varié et on s'efforce de l'adapter aux besoins économiques, et aux débouchés offerts par le marché du travail, qui sont en constante évolution, cela nécessite une grande souplesse dans l'organisation, qui est souvent difficile à réaliser en fait.

Les stagiaires ont leurs frais de rééducation et d'entretien payés par un des organismes de prise en charge et touchent de plus une indemnité journalière.

La fin du stage est sanctionnée soit par un certificat d'aptitude professionnelle, soit par un certificat de formation professionnelle des adultes délivré par le Ministère du Travail, soit encore par une attestation de la Chambre des Métiers permettant de s'établir comme artisan.

Comme nous l'avons déjà dit, les contrats individuels d'apprentissage ou de réaccoutumance à l'exercice de la profession, peuvent être passés avec des employeurs. F. SIMON écrit à ce sujet :

" En opposition avec la règle admise dans les centres de rééducation, la formation peut se limiter à celle d'ouvrier spécialisé et la gamme des métiers enseignés peut être beaucoup plus large que celle des métiers des centres de rééducation. Dans cette formule, l'employeur ne supporte qu'une partie de la charge du salaire, le reste

étant supporté par l'organisme de prise en charge. Enfin l'employeur s'engage à conserver le travailleur dans son entreprise avec un salaire normal pour une période égale à celle du contrat".

Ces contrats sont soumis à l'accord du Directeur Départemental du Travail et de la Main d'Oeuvre. On y précise :

- la durée du stage (en cas de maladie ou d'accident le contrat sera suspendu jusqu'à la reprise du travail).

- il est expressément convenu qu'on ne fera effectuer au stagiaire que des travaux se rattachant à l'exercice de la profession pour laquelle il est formé.

- la répartition des heures de travail au cours de la journée seront fixées selon les directives médicales.

- Le salaire versé par l'employeur peut être fixé par exemple à 50% du salaire minimum vital pendant toute la période de rééducation professionnelle, ou correspondre à un pourcentage dudit salaire minimum vital, qui ira croissant chaque mois au fur et à mesure du déroulement de la rééducation.

- l'entreprise supporte les charges sociales afférentes à ce salaire.

- les charges incombant à l'organisme de prise en charge sont suivant les cas: les prestations de maladie de longue durée, pension d'invalidité, rente d'accident du travail, indemnités versées par l'Office Départementale des Anciens Combattants, allocations compensatrices de salaire versées par le Comité de Défense contre la tuberculose etc...

- On peut fixer une période d'essai d'un mois par exemple durant laquelle le contrat peut être rompu soit par l'entreprise soit par le bénéficiaire.

- Le contrat peut prévoir enfin que le bénéficiaire s'engage à rester dans l'entreprise durant un certain temps après sa rééducation; l'employeur peut s'engager à garder le salarié pendant le même laps de temps ou même à l'embaucher à titre définitif.

3°) LA REHABILITATION SOCIALE

C'est là le problème du déplacement. Peut-on avancer que le rendement du travail des invalides égale celui des travailleurs dits normaux ?

M.R. CAYET fait état d'une enquête menée en 1945-1946 et qui donne les chiffres suivants ; on a comparé 4000 diminués physiques à 6500 travailleurs normaux .

" Chez 34% des invalides le rendement est meilleur

Chez 36% des invalides il est égal à celui des ouvriers dits normaux

Chez 24% des invalides il est moins bon.

Par ailleurs les taux d'absentéisme sont les mêmes dans les 2 catégories, mais les valides accusaient plus d'accidents graves avec IPP que les invalides".

Il semble donc comme le dit HAUMAN que :

" Si le déficient a été bien orienté, il doit être capable de fournir le même travail que le sujet médicalement non déficient occupé à la même tâche".

Cependant comme le font remarquer de nombreux auteurs, dont BURON, F. SIMON et H. ZISSEMAN :

" il est plus malaisé de reclasser les travailleurs déficients que les autres demandeurs d'emploi. La méfiance encore actuelle des employeurs, leur réticence, en sont cause de même que le manque de confiance des diminués physiques en eux-mêmes, et dans l'acceptation

de leur présence par le milieu de travail.

Fréquente aussi chez eux, est la crainte de quitter la sécurité relative, malgré la misère qu'elle entraîne, de l'état de malade, pour la lutte quotidienne du travailleur, et l'effort régulier qu'il doit fournir ".

Une enquête de Faisan, Patin, Roussel et Simon réalisée en 1956-57 par le centre d'Etat et de Rech. Psychot. à la demande du Ministère du Travail, donne une idée des résultats de la réhabilitation professionnelle et Sociale. En voici quelques extraits :

Enquête portant sur 2 948 stagiaires (en fait 3095 sujets mais 35 décès 112 non joints) rééduqués dans 59 centres en 1954 .

Les stagiaires 75% étaient des Hommes
24,6 % étaient des femmes
pris en charge par une vingtaine d'organismes Sécurité Sociale, Aide Sociale, ONAC, OPAS, Sécurité sociale Agricole, S.N.C.F., Sécurité minière etc...

Âge Plus de 50 % n'ont pas atteint 25 ans
12% des Hommes et 6% des femmes ont dépassé 35 ans.

Niveau Social 35% des stagiaires ont un niveau inférieur au C.E.P.
20% des stagiaires ont complété leur scolarité au delà du C.E.P.

Déficiences (51,3% sont des tuberculeux pulmonaires
notivant)31,3% sont des déficients ou infirmes
la rééducation(^{noteurs}
)3,7% sont déficients mentaux
(3,2% sont cardiopathes
)10% n'appartiennent à aucune de ces catégories.

Chez les femmes 72% sont des tuberculeuses, les déficiences motrices sont plus rares.

Activité professionnelle antérieure	(	23%	des stagiaires n'ont eu aucune activité professionnelle avant le stage	
	(	11%	des stagiaires viennent de l'agriculture	
	)	4,6%	-	mécanique (petite mécanique machines outils)
	)	6,5%	-	occupaient des emplois de bureau.
	(	5,8%	-	participaient à des activités de "Service" (gardiens, concierge, garçon de café)
	(	5,1%	-	venaient du bâtiment
	)	4,1%	-	exerçaient métier du bois
	(	2,6%	-	de l'armée
	)			
	(			

Formation	(	<u>Femmes</u>	
Professionnelle	{	Emploi de bureau	36%
durant le	{	Métiers du vêtement	35,4%
stage de	{	Activités de soins	18,3%
10 à 12 mois	{	Divers	10,3%
	{	<u>Hommes</u>	
	{	Emploi de bureau	21,3%
	{	métier du cuir	12,3%
	{	Métaux	12,3%
	{	Electricité & radio	12%
	{	Dessin	11,5%
	{	Horticulture & élevage	5,6%
	{	Horlogerie	5,5%
	{	Divers	18,3%

Les FORMATIONS - Se réclament dans l'ensemble des mêmes principes pédagogiques, toutefois, ces formations se situent dans un cadre qui peut varier d'un centre à l'autre et il n'est pas exclu que les différences de méthodes retentissent sur la réussite ultérieure.

L'examen sanctionnant en principe le stage, n'est pas le même pour l'ensemble des centres.

Résultats du stage pour les 3.095 sujets :

224	ont obtenu le CFP et le CAP
1023	" " CFP
378	" " CAP
237	" " d'autres diplômes

1862

184 ont échoué (133 au CFP, 51 à d'autres diplômes)

190 n'ont pas été présentés

32 " " " : pas d'examen prévu pour sanctionner leur formation

132 hommes) Départ indéterminé.
21 femmes)

Ainsi 62,4% des hommes, 67,1% des femmes ont obtenu au moins un diplôme.

12,7% des hommes, 17,1% des femmes quittaient le stage terminé sans diplôme.

Raisons des abandons ou des renvois :

239	interrompent leur rééducation pour raison de santé
210	" " " volontairement
30	ont été renvoyés sans qu'on précise les raisons
27	" " " pour indiscipline

50 ont été renvoyés pour incapacité professionnelle
46 ont quitté le centre ayant trouvé du travail
21 " " " " pour raisons administratives
5 sont partis parce que le métier leur déplaisait
38 ont été mutés dans un autre centre

Ainsi 24,9% des hommes et 15,8% des femmes ont quitté le stage avant son terme normal.

Situation professionnelle

71 % des sujets ont un emploi dont 93% de salariés
7% d'artisans

57 % des sujets ont un emploi dans la spécialité qui leur
a été enseignée au centre
soit 40,5 % de l'ensemble

8 % des sujets ont un emploi dans un métier voisin de la
spécialité enseignée
soit 6% de l'ensemble

35 % des sujets ont un emploi dans un métier différent du
métier enseigné
soit 25% de l'ensemble

27 % des sujets sont sans emploi

2 % des sujets sont de nouveau dans un centre de rééducation

		ensem- ble	dans métier enseigné	dans métier voisin	dans métier différent
ont un emploi	-comme salariés	1.958	1.073	170	715
	-comme artisans	134	115		19
	-travaillant mais arrêtés pour maladie	16	9		7
sont sans emploi	-sans précision	787			
	- de nouveau dans un centre	53			

Ainsi 40,5 % des anciens stagiaires travaillent après 2 an
dans le métier qui leur a été enseigné,
soit 57% de ceux qui ont un emploi

Si l'on veut bien penser que souvent les seuls métiers que
peuvent apprendre certaines catégorie de déficients particulièrement
handicapés, sont des activités aux débouchés relativement restreints,
ces chiffres ne sont pas surprenants.

Satisfaction des intéressés

L'opinion des stagiaires résume en quelque sorte l'aspect
humain de la rééducation.

64,3 % des anciens stagiaires sont satisfaits de leur emploi
proportion variant suivant que les stagiaires
travaillent dans le métier appris : 71% de satisfaits
travaillent dans un métier différent: 55,6% "

29 % souhaitent changer d'emploi :
poste mieux adapté à leur formation; salaire plus haut

23 % souhaitent changer d'entreprise :
pour se rapprocher de leur domicile; salaire plus haut
stagiaires travaillant stagiaires travail
dans un métier appris lant dans un métier
différent

souhaitent changer d'emploi	17,7 %	44,7 %
souhaitent changer d'entreprise	29,1 %	15 %

On constate une moins bonne intégration du groupe des défi-
cients mentaux au milieu du travail, celle des tuberculeux et des
cardiaques étant la meilleure.

Stabilité professionnelle

On a pu connaître l'histoire professionnelle exacte de 2.702 stagiaires entre leur sortie du centre et l'enquête.

420 sujets n'ont jamais travaillé depuis leur sortie du centre. C'est donc 2.372 sujets, soit 85% qui ont réussi à trouver un emploi, fut-il provisoire.

	trav. dans métier appris	trav. dans métier voisin	trav. dans métier différent
n'ont pas changé	52%	53%	42%
ont changé 1 fois	28,7%	28,3%	31%
ont changé 2 fois et plus	19,3%	18,7%	27%

Ainsi on peut remarquer une plus grande instabilité des groupes de sujets travaillant dans des métiers différents du métier appris. Il semble que la situation professionnelle à la sortie du centre détermine dans une large mesure l'histoire professionnelle ultérieure, non seulement dans son orientation mais encore dans sa stabilité.

Salaires

Le salaire moyen pour l'ensemble des anciens stagiaires, hommes et femmes, est en 1956 de Fr 35.400.

Salaire plus élevé pour ceux travaillant: dans un métier ap-
pris : 37.500
dans métier voisin : 34.600
dans métier différent: 32.200

Toutefois la proportion des salaires supérieurs à 60.000 est plus élevée pour le groupe des sujets travaillant dans un métier voi-

sin que parmi ceux qui travaillent dans un métier appris (6,5% contre 6,25%).

C'est surtout au niveau des salaires compris entre fr.32000 et fr 45.000 correspondant à des emplois de qualification moyenne que se manifeste la supériorité du groupe des sujets travaillant dans le métier enseigné.

Donc la rééducation a permis à ceux qui ont pu travailler dans le métier appris d'y exercer, la qualification obtenue se traduisant par un salaire plus haut.

Conditions de travail

On a souvent préconisé un régime spécial de travail pour les anciens diminués physiques, mais ces conditions sont rarement satisfaites :

1.874 soit 89% ne bénéficient d'aucun régime spécial de travail
210 soit 10% ont un " " " "

Dans quelle proportion les déficients trouvaient dans leur emploi des garanties relatives à leur santé -(visite d'embauche et contrôle médical).

61,9 % sont soumis à un contrôle médical.

Mais il existe des variations de pourcentage suivant les déficiences

Tuberculose pulmonaire	66,6 %	sont soumis à un contrôle médical
Cardiopathies	60,3 %	" " " " " "
Divers	59,9 %	" " " " " "
Moteurs	56 %	" " " " " "
Mentaux	55,8 %	" " " " " "

On remarquera qu'un tiers des tuberculeux ne sont pas l'objet de contrôle. C'est inquiétant.

Etant donné la répugnance de certains employeurs à occuper des diminués physiques, trois questions étaient posées aux anciens stagiaires :

- l'employeur connaissait-il la déficience ?
- " savait-il que le métier ou un métier avait été appris en centre de rééducation?
- l'ancien stagiaire accepterait-il qu'on interroge l'employeur à son sujet?

Dans 74,7% des cas l'employeur connaît la nature de la déficience

Dans 71,5% des cas l'employeur sait que le métier a été appris en centre

Dans 67,1% des cas le stagiaire accepte qu'on interroge l'employeur.

C'est dans le groupe des anciens tuberculeux et dans celui des déficients mentaux que l'employeur ignore le plus souvent la nature de la déficience, c'est dans ces groupes aussi que les stagiaires sont les plus réticents à l'interrogatoire du patron.

Opinion des employeurs

Nombre des questionnaires limités à 67% des employeurs

- Appréciation de la valeur globale par l'employeur

828 soit 63% les classent bons

14 soit 1% " " entre bons et moyens

409 soit 31,1% " moyens

10 soit 0,7% " " entre moyens et mauvais

34 soit 2,6% " " mauvais

19 soit 1,4% ne se prononcent pas.

Donc la valeur professionnelle de 95% des anciens stagiaires donne satisfaction à leur employeur.

- Le taux d'absentéisme de l'intéressé est-il supérieur, égal ou inférieur à celui de la moyenne des employés de même catégorie?

41 % des employeurs déclarent que ce taux est inférieur à la moyenne
 9,9% " " " " " " " " supérieur " " "

- Possibilité de promotion des intéressés

46,5 % des employeurs n'envisagent pas de promotion.

Les sans emploi

787 anciens stagiaires sont sans emploi, mais 38% seulement d'entre eux cherchent du travail.

- Raisons pour lesquelles ils ne travaillent pas :

- Raisons personnelles :	Santé	370 cas	} 475 cas
	Familiales	105 cas	

- Raisons se rapportant au métier :

	Chomage	130 cas	} 144 cas
	Métier appris ne		
	plait pas	14 cas	

- Raisons se rapportant aux conditions de travail :

Domicile trop éloigné d'un lieu de travail	14 cas	(33 cas
Conditions de travail trop difficiles	15 cas	
Salaire insuffisant	4 cas	

- Raisons se rapportant à la formation jugée insuffisante 29 cas

- Autres raisons 92 cas

- Pas de réponse 14 cas

La place prépondérante des raisons personnelles, et de la santé en particulier, ne saurait surprendre. La maladie, l'incapacité physique de tenir ou de conserver un emploi constituent les plus grands risques d'échec de reclassement. De plus, sur le plan individuel, le mauvais état de santé peut être une explication facile pour justifier l'inactivité de sujets dont la motivation professionnelle n'est pas très vive.

D'autre part, les effets de l'âge sont plus marqués chez les hommes que chez les femmes, mais là le problème rejoint celui des travailleurs en bonne santé.

Pensions

86%	des anciens stagiaires	sans pension	travaillent		
61%	"	"	"	avec	" inférieure à 50% sont sans activité
60%	"	"	"	"	" supérieure à 50% sont sans activité

Qualification Professionnelle

506	soit 27,5%	ont conservé leur qualification antérieure.		
1080	soit 58,7%	ont amélioré leur	"	"
251	soit 13,6%	ont diminué	"	"

- Question : la formation que vous avez reçue au centre de rééducation vous a-t-elle permis d'acquérir une qualification supérieure à celle que vous aviez avant votre maladie ou votre accident :

68% des sujets travaillant répondent affirmativement
or 58,7% des sujets avaient progressé dans l'échelle professionnelle
donc les réponses n'envisagent pas seulement un échelon supérieur de qualification, mais traduisent une impression d'amélioration de leur vie professionnelle.

Ces réponses semblent fournir sur la réussite de la rééducation une indication plus valable que le déplacement dans l'échelle des qualifications.

- Utilité de la formation reçue : 68,7% répondent oui.

Place du stage

Situation professionnelle en rapport avec le résultat du stage

Diplomés	78%
Refusés	76%
Non présentés	61%
Partis avant la fin	53%

Le fait d'être diplômé ou non ne change guère le pourcentage mais ces deux catégories se différencient car :

73% des diplômés exercent le métier appris ou voisin

63% des non diplômés exercent le métier appris ou voisin.

Le stage représente à la fois une épreuve et une préparation, il est une réinsertion dans un milieu de travail entraînant une reprise des obligations professionnelles. A la préparation humaine ou sociale, s'ajoute une préparation ou une formation technique. Cet aspect de formation technique semble moins important qu'on ne serait tenté de le croire : on peut penser que l'assiduité au stage témoigne de la volonté et de la possibilité physique ou intellectuelle de se reclasser et de travailler.

Pour la réussite du processus général de reclassement et de rééducation, l'importance d'une orientation, voire d'une sélection, est indispensable pour déterminer dès le début les chances de réussite ou d'échec et pour limiter le choix des inadéquats.

Le placement des diminués physiques graves peut aussi se faire dans les ateliers protégés. Malheureusement sur ce plan en France, nous ne disposons que de 15 ateliers qui offrent :

313	places	pour	les	aveugles
661	"	"	"	infirmes moteurs
55	"	"	"	débiles mentaux

il faudrait 3000 places environ.

Enfin voici quelques chiffres montrant les dépenses de la Sécurité Sociale consacrées à la réhabilitation.

- Réadaptation fonctionnelle (Accidents du travail, Régime général)

1956	126 576 000 AF
1957	184 848 000
1958	252 199 000
1959	276 712 000
1960	358 940 400

- Rééducation professionnelle en internat ou en externat pour les
Accidents du travail Régime général

1956	153 190 000 AF
1957	153 801 000
1958	185 910 000
1959	268 203 000
1960	305 066 100

Dans le cadre Assurance Sociale entrent tous les états pathologiques dont l'origine n'est pas liée à un accident du travail, la ventilation des dépenses ne permet de saisir que ce qui a trait à la rééducation professionnelle, les dépenses inhérentes à la réadaptation fonctionnelle n'ayant pas été discriminées de l'ensemble des prestations en nature.

- Donc pour la Rééducation Professionnelle (Assurance Sociale,
Maladie Invalidité)

1956	456 207 000 AF
1957	574 865 000
1958	729 277 000
1959	910 993 000
1960	908 738 900

Depuis 1956 les sommes consacrées à la réadaptation fonctionnelle et à la rééducation professionnelle ont notablement augmentées.

Pour l'année 1960, 16 137 400 AF ont été en outre consacrés à la rééducation professionnelle des fonctionnaires de l'état.

Ainsi pour 1960 :

- Total Rééducation Professionnelle	1 229 932 500 AF
- Total " " + Réadaptation fonctionnelle	1 588 873 000 AF

Enfin les sommes consacrées par les organismes de Sécurité sociale à la réhabilitation viennent au 3ème rang après l'aide à l'équipement hospitalier et l'aide à la lutte anti tuberculeuse.

- R E H A B I L I T A T I O N A L ' E T R A N G E R -

ANGLETERRE

1) Historique

C'est lors de la guerre de 1914-18 que commencent à se faire jour les idées selon lesquelles pour guérir une blessure ou une maladie il faut restaurer l'activité fonctionnelle du sujet, assurer son retour à la vie normale, et au travail. Les applications pratiques de ces idées en médecine s'appliquèrent en premier, aux tuberculeux. En 1917, le Docteur VARRIER Jones, organisa le premier village sanitaire pour les tuberculeux : la colonie Bourne, qui fut ensuite transférée dans le village de Papworth, près de Cambridge, là les malades stabilisés pouvaient vivre avec leur famille et travailler sous contrôle médical.

Ensuite ce fut aux cas orthopédiques qu'on appliquèrent les nouveaux principes. Pendant la guerre ROBERT Jones, avec l'aide de la Croix Rouge Britannique organisa les hopitaux orthopédiques militaires créant des services de physio-thérapie, hydro-thérapie, exercices réparateurs et " occupational therapy ". Pendant la même période l'hôpital de St Dunstan réadaptait les marins et soldats aveugles.

Entre les 2 guerres l'occupational therapy ne fut plus appliquée que dans quelques hopitaux psychiatriques.

A la suite d'études faites par le comité de recherches sur les fractures (" Fracture Committee of the BMA ") et le comité Interministériel du Ministère de la Santé sur les accidents, de nouveau fut recommandé l'établissement de Centres Résidentiels, destinés au réentraînement à l'effort après le séjour à l'hôpital et dès 1939, 40 hopitaux environ pouvaient assurer la réhabilitation des cas orthopédiques.

Enfin, c'est pendant la dernière guerre, devant les besoins en main d'oeuvre d'une part, et les obligations morales ressenties envers les blessés de guerre d'autre part, que s'organisa réellement la réhabilitation en Grande Bretagne.

Grace au plan médical d'urgence (Emergency Medical Service Scheme) le ministère de la santé reprit un grand nombre d'hopitaux réservés aux blessés de guerre et aux évacués civils, ce qui rendit possible, l'organisation de programmes plus complets de réhabilitation.

Enfin, en Juillet 1941, le Ministère du travail et du Service National et le Ministère de la Santé, établirent un plan provisoire pour la formation et le reclassement des déficients, grâce à une coopération étroite entre les organismes bénévoles et les hopitaux, un programme continu de réhabilitation, c'est-à-dire du traitement médical au reclassement dans le milieu professionnel, fut possible pour la première fois.

Ce plan provisoire de 1941 fut développé, et finit par constituer le système actuel de rééducation réadaptation et reclassement.

2) Législation

La première loi anglaise que nous ne citerons que pour mémoire fut promulguée en 1601 " Poor Law Act ".

En 1920 - Première loi d'aide aux aveugles qui sera complétée par la loi de 1938.

Un an plus tard en 1921, le "Tuberculosis Act" organise le dépistage et le traitement de la tuberculose...

Au début de la guerre de 1939, si l'on ne se réfère qu'aux lois, il semble que la France soit plus en avance que la Grande Bretagne, car déjà bon nombre de lois, traitant de la rééducation professionnelle des mutilés, des victimes civiles de la guerre de 14-18 et des mutilés du travail, ont déjà vu le jour.

En 1941 - "Plan intérimaire de réadaptation" établi, par le Ministère du Travail, le Service National et le Département de la Santé, en faveur de la rééducation et du reclassement des déficients.

Le rapport Tomlison avait posé certains principes de base destinés à régir le système Britannique de réadaptation des déficients.

1) La " réhabilitation ", la réadaptation dans son sens le plus large doit être considérée comme un processus continu conduisant à 4 stades principaux :

- Rééducation médicale
- Réadaptation industrielle
- Formation professionnelle
- Réinsertion dans le milieu de travail.

2) Une coopération étroite entre les services médicaux et industriels est nécessaire tout au long du processus de réadaptation .

3) La rééducation fonctionnelle doit être dispensée à tous ceux qui en ont besoin.

4) L'accord d'une aide à tous les déficients, quelque soit la cause de leur déficience, si leur incapacité est un handicap sérieux pour acquérir ou conserver un emploi.

5) Une aide pour obtenir un poste de travail convenant à leurs capacités réelles, et non simplement un emploi quelconque.

6) Une aide convenable, comprenant la réadaptation au travail industriel, et la rééducation professionnelle dans certains cas, doit permettre à la plupart des déficients d'occuper un poste de travail dans les conditions normales des travailleurs valides.

7) Des postes de travail particuliers dans des conditions spéciales de protection, doivent être offerts aux quelques déficients ne pouvant parvenir à égaler les travailleurs valides.

Le Plan britannique fondé sur ces principes peut être résumé de la façon suivante :

1) Traitement médical (y compris la réadaptation post-hospitalière) dispensé à tous ceux qui en ont besoin.

2) Formation professionnelle pour tous les déficients qui, sans cela ne pourraient pas trouver un travail qui convienne à leurs capacités.

3) Règlement en faveur de l'embauche des diminués physique par :

-a) Ouverture d'un registre des déficients.

L'enregistrement est facultatif pour le diminué physique, mais il donne droit, pour ceux qui s'y soumettent, à un statut privilégié.

-b) L'obligation statuaire pour tous les patrons employant plus de 20 personnes, d'embaucher un certain pourcentage de déficients enregistrés.

-c) L'établissement d'une liste d'emplois qui seront réservés aux déficients inscrits, Le poste de gardien de parc de voitures et celui de liftier ont été ainsi désignés et réservés.

-d) L'octroi d'emplois spécialement protégés et d'indemnités aux personnes gravement déficientes.

-e) La nomination de fonctionnaires chargés du reclassement professionnel des déficients (Disablements Resettlement officers) (DRO) dans tous les bureaux locaux (y compris les bureaux de placement pour Cadres et Travailleurs Intellectuels " Appointments office") du Ministère du Travail, afin d'aider les déficients à obtenir la seule forme satisfaisante de réadaptation permanente : un emploi rémunéré, qui leur convienne.

4) Une indemnisation suffisante pour maladie ou blessure.

Les bases légales de ce plan intérimaire furent données par les lois suivantes :

En 1944 - Loi du 1er Mars : Emploi des déficients "Disabled Persons (Employment) Act "qui reprend les termes du plan intérimaire à savoir :

1) Définition des termes : invalidité et maladie.

Invalide : Personne souffrant de lésion, maladie ou infirmité congénitale, et étant nettement en état d'infériorité pour obtenir, ou conserver, un emploi, ou pour entreprendre une activité indépendante dont le caractère conviendrait à son âge, à son expérience, et à ses qualifications.

Maladie : Se rapporte à tout état physique ou mental résultant d'une anomalie organique.

2) Cette loi s'applique à toute personne souffrant d'une déficience quelconque, qu'il s'agisse d'homme ou de femme, de civils ou d'anciens combattants et même d'étrangers ayant servi dans les Armées Britanniques ou alliées, ou ayant accompli un travail utile à la nation Britannique pendant 1 an ou plus.

3) Possibilités sont données au Ministère du Service National d'effectuer des dépenses pour assurer aux déficients un travail leur convenant, ainsi :

- Le ministre peut :

créer des cours professionnels pour la formation d'invalides âgés de 16 ans au moins.

Instaurer des cours de réadaptation au travail pour les invalides âgés de 16 ans au moins.

- Le gouvernement peut payer les frais ou contribuer à couvrir ceux encourus par les personnes qui suivent des cours de formation ou de réadaptation professionnelle.

- Maintient du registre des déficients

- de l'obligation pour les patrons employant plus de 20 travailleurs, d'embaucher un pourcentage de déficients fixé primitivement à 2% par arrêté du Ministère du Travail après consultation des représentants patronaux et ouvriers, il a été élevé à 3% (3% actuellement).

- d'emplois réservés aux déficients

- de conditions de travail spécialement protégées pour déficients graves.

4) Le Ministre peut établir un Conseil National pour les déficients et des comités locaux de déficients (National Advisory Council for the Disabled and District Disablement Advisory committees and Panels) pour assurer la coopération entre le ministère et les représentants des travailleurs et les patrons.

En 1945 - Loi du 28 Mars. Rémunération de certains diminués physiques.

En 1946 - "The National Health Service Act" accorde le traitement médical gratuit, y compris la réadaptation fonctionnelle et et réhabilitation médicale à toutes les personnes résidant en Grande Bretagne.

En 1946 - Loi du 26 Juillet sur les assurances contre les accidents du travail et maladies professionnelles, donne pour base d'indemnité le degré de la déficience physique et non plus la perte de la capacité de gagner sa vie. Ainsi un sujet peut ne pas remplir les conditions nécessaires pour s'inscrire sur le registre des déficients, mais avoir droit à une pension; des blessures sérieuses peuvent en effet ne pas être cause de déficience professionnelle.

- Indemnité maladie pour toutes personnes provisoirement tenues éloignées de leur travail pour maladie ou blessure.
- Indemnité d'invalidité professionnelle sera payée si à cause de l'accident, il souffre de diminution de ses possibilités physiques ou mentales.

- Le ministre de l'Assurance Nationale peut conclure des conventions avec le ministre du Travail et du Service National afin de donner aux personnes ayant droit à une prestation d'invalidité, la possibilité de profiter pleinement des cours de formation professionnelle et d'autres avantages en rapport avec leurs emplois ou leur travail. Le Ministre de l'Assurance Nationale, peut prendre des dispositions pour assurer la fourniture et l'entretien du matériel et d'appareils divers, gratuitement ou à prix réduits à toute personne en ayant besoin.

Le 1er Aout 1946 - loi sur l'Assurance Sociale " National Insurance Act ".

En 1948 " Le National Assistance Act" prévoit la création d'une commission nationale d'assistance dont le but est d'organiser, de centraliser et de contrôler les mesures prises en faveur des invalides.

Ainsi la commission peut donner au requérant une aide sous forme d'entretien dans un centre de rééducation.

D'autre part les autorités locales sont compétentes pour prendre toutes dispositions visant au bien être des invalides.

Des dispositions peuvent être prises pour :

- Instruire les intéressés à domicile ou ailleurs par des méthodes propres à leur faire surmonter les conséquences de leur invalidité.
- Organiser des ateliers où ils soient occupés à un travail leur convenant, sur la base d'un contrat ou autrement.
- Leur fournir à domicile ou ailleurs un travail leur convenant sur la base d'un contrat de travail ou autrement.
- Les aider à écouler le produit de leur travail.

Enfin le décret National d'Assurance - le "National Insurance (unemployment and sickness) regulations" 1948, déclara que les 20 premiers schilling des gains hebdomadaires ne seraient pas pris en considération, ceci afin d'être certain que les déficients fabriquant des objets de valeur au cours du traitement de réhabilitation ne soient pas découragés par la pensée que leurs gains hebdomadaires seront déduits de leur assurance.

3) Organisation Générale des services médicaux et professionnels de réadaptation .

Quelles sont les attributions des différents services officiels et privés s'occupant de la réhabilitation ?

1° Le Ministère de la Santé, le Corps Médical, le Personnel soignant et auxiliaire, ont à éviter les incapacités chaque fois que c'est possible, réduire leur gravité, ramener les déficients à la santé et à l'efficacité.

2) Le Ministère des Pensions, a la charge des Pensions, a la charge des soins, des post cures, et des allocations à accorder aux anciens combattants déficients.

- Il administre un certain nombre d'hopitaux
- Il établi des centres de résidence spéciaux pour les gens atteints de graves déficiences, auprès d'usines comportant des postes de travail spécialement adaptés dits : " Emplois protégés ".

3) Le Ministère de l'Assurance Nationale, indemnise les malades et les accidentés du travail.

4) Le Ministère du Travail et du Service National s'est vu confier la rééducation professionnelle il doit organiser la formation professionnelle des déficients, établir des centres de réhabilitation professionnelle, procurer un emploi convenable aux déficients.

5) Les Autorités Locales les plus importantes ont la responsabilité générale du bien être des déficients dans leur secteur.

6) Les organisations bénévoles, soutenues par des dons, se spécialisent dans le traitement, les soins et la rééducation de certaines catégories de déficients. Ces organisations sont complémentaires des services de l'état, la coopération entre les 2 séries d'organisations est des plus fructueuses. Ainsi des services privés peuvent se voir confier par les autorités locales la charge de veiller au bien être de déficients dans le domaine qui leur est propre.

Des firmes industrielles complètent aussi les efforts du gouvernement et des services spécialisés et ellaborent des plans de réadaptation concernant leurs employés.

Afin de coordonner ces différents services , de poursuivre des recherches, de constituer une documentation, il a été fondé fin 1944 le Comité Britannique pour la réhabilitation des déficients (British Council for réhabilitation) service indépendant financé par des dons qui organise des cours, des enquêtes, effectue des publications et des recherches.

Réadaptation Médicale

La réduction de la gravité de l'incapacité pour une personne souffrant d'une blessure ou d'une maladie récente est d'abord un problème médical.

Un programme de rééducation approprié à chaque cas et axé sur un rétablissement général et spécifique de l'activité professionnelle est le but de la réadaptation médicale.

Cette rééducation va commencer à l'hôpital, où dès son entrée le malade passe un examen médical et psychologique aussi complet que possible.

Le service social fera une enquête sur les antécédents personnels, familiaux et professionnels du malade, sur l'origine de la maladie ou les circonstances de l'accident, les ressources de l'entourage, etc...

D'autre part le malade aura un premier entretien avec le responsable du reclassement ou DRO (Disable Resettlement officier).

Le spécialiste de la réadaptation qui est chargé de l'organisation des services de rééducation en consultation avec le médecin ou le chirurgien s'occupant du cas, et avec les résultats des différents examens et enquêtes, prescrira une cure de réadaptation.

Si le cas nécessite une rééducation fonctionnelle le physiothérapeute se mettra au travail dès le début de la période de guérison, au lit du malade, avant et après toute intervention chirurgicale. Dès que le malade se lève, des exercices réparateurs actifs sont donnés à des groupes de sujets atteints de la même incapacité, par des jeux destinés à rétablir la force musculaire, et le jeu des articulations, cette méthode stimule l'esprit de compétition, développe leur confiance en eux, leur coordination et leur endurance. Puis vient la thérapie par le travail qui oblige à un exercice soutenu et détourne en même temps l'attention de la blessure ou de la maladie, cette thérapeutique peut même commencer au lit du malade, il s'agit le plus souvent de tissage, fabrication de jouets, montage de pièces de radios, vannerie, travail du cuir, menuiserie, des ateliers sont installés.

Souvent en plus d'un atelier, l'hôpital possède une cuisine spécialement aménagée pour réadapter les ménagères, et les préparer à reprendre leurs tâches au foyer. La première cuisine fut installée par le Docteur F.S. COOKSEY à l'hôpital King's College un thérapeute assiste la malade et étudie les modifications nécessaires, pour aider la malade au maximum, une enquête est faite au domicile de la personne et avec l'autorisation du propriétaire fera effectuer sans qu'il en coûte rien à la malade, les modifications indispensables.

Cette réadaptation médicale peut se faire dans différents centres.

1) Soit dans un hopital possédant toutes les installations pour la rééducation active et les utilisant pour tous les malades qui en ont besoin, ce sont les moins nombreux (83 en 1946).

2) Soit dans un hopital n'ayant que des installations partielles (par exemple possibilité de gymnastique fonctionnelle mais pas d'atelier " d'occupational therapy". Dans ce cas :

a) Ou le malade est envoyé de 9h à 17h par exemple dans un centre voisin bien équipé, il prendra son repas de midi au centre, le soir l'autobus du centre le ramène à l'hopital, ou chez lui.

Ce centre peut être un autre hopital complètement équipé, ou un centre polyclinique (certains hopitaux insuffisamment installés se sont groupés pour développer un centre médical de réhabilitation qui ne leur est pas directement rattaché et où les malades sont amenés directement, c'est le cas du centre "Camden Road qui dépend du groupe des hopitaux de Paddington".

b) Ou le malade est envoyé dans un centre de réhabilitation médicale résidentiel, fonctionnant comme le centre polyclinique, mais pourvu de dortoirs pour les malades trop éloignés.

Quand le malade quitte l'hopital, plusieurs cas se présentent. Quelles sont alors les solutions possibles ?

1°) Le malade peut directement reprendre son ancien emploi.

2°) Le malade pourra reprendre son ancien emploi après un réentrainement progressif au travail.

Ce réentrainement pourra se faire :

a) Soit dans un centre de réhabilitation industrielle privé par exemple, atelier de réadaptation des usines Vauxhall ou Austin

b) Soit dans une une unité de réhabilitation industrielle type Egham.

- 3°) Le malade ne pouvant reprendre son ancien emploi devra apprendre un nouveau métier après être passé par le centre de réhabilitation industrielle. Cette formation professionnelle pourra lui être donnée :
Soit dans un centre d'Etat ou Collège Technique
Soit chez son patron, apprentissage sous contrat.
- 4°) Si le malade est devenu un grand infirme il pourra travailler
soit sans les ateliers régionaux
soit dans les Remploi Factories
Soit à domicile pour l'une ou l'autre de ces organisations.

Réhabilitation professionnelle

(Industrial Rehabilitation, signifie réadaptation et rééducation professionnelle physique et psychologique, en vue du réemploi)

Ce stade est un "pont" entre la réhabilitation médicale et le reclassement.

Comment sont organisés les différents centres que nous avons dénombrés ci-dessus :

1°) Unités de réhabilitation industrielle

Ces centres servent à des fins professionnelles aussi bien que médicales, c'est le lieu idéal pour tester les intérêts, les capacités et les aptitudes du sujet. Le premier centre créé fut celui d'Egham en 1943. Il peut recevoir 200 personnes 170 hommes 30 femmes 1300 personnes par an.

Depuis 1948 13 autres centres furent installés notamment dans les centres de formation professionnelle du gouvernement situés dans les régions industrielles du pays, nous citerons les centres de Birmingham, Cardiff, Conventon, Denton, Edimbourg, Feelling, Hieling-

ton, Hull, Leeds, Leicester, Sheffields.

Seul Egham et Leicester sont résidentiels, chaque centre est placé sous le contrôle général de l'Administrateur des Centres Gouvernementaux de formation professionnelle.

D'autre part le personnel comprend :

- Directeur du Centre (Réhabilitation Officer) choisi pour ses connaissances industrielles et sa capacité d'organisation.

- Médecin. Contrôle la nature de l'affection, son importance évalue les capacités de travail à l'entrée, prescrit un traitement physiothérapeutique si nécessaire, décide si le retour à l'occupation antérieure est possible, assure la liaison entre le centre et l'autorité médicale qui a recommandé le malade.

- Conseiller d'orientation professionnelle ayant une formation de psychologue industriel, découvre les aptitudes et les talents de malades que leur affection oblige à changer d'emploi.

- Disatle Resettlement Officer - DRO - Fait la liaison avec le DRO local, avertissant le centre des possibilités de placement dans les environs du lieu d'habitation du malade, fait les demandes pour le placement du malade ou son "training" lorsque ce dernier est prêt à quitter l'unité.

- Chef des ateliers. Contrôle leur bon fonctionnement, collecte les rapports des surveillants concernant les progrès de chaque malade.

- Directeur Adjoint - S'occupe de l'apport régulier du matériel et des commandes

- Moniteur d'éducation physique

- Assistante sociale ou travailleur social

- Inspecteur du travail (Occupational supervisors) qualifiés pour juger de l'aptitude et des possibilités du candidat à s'adapter à un très grand nombre de métiers.

Chaque membre de l'équipe s'occupe personnellement du malade. Une première conférence réunissant tous les membres de l'équipe à lieu à l'entrée du malade, les renseignements obtenus sur le patient sont mis en commun, on décide alors du cours que prendra le traitement dans le but d'obtenir la capacité de travail maximum de découvrir les possibilités du malade, s'il est nécessaire de le diriger vers une nouvelle forme de travail. Une conférence finale aura lieu à la fin du stage, l'équipe rédige un rapport sur l'évolution du cas, avec recommandation pour un nouvel emploi, ou pour un cours spécial de formation professionnelle. Une copie du rapport est envoyée au DRO local qui achève la procédure du placement.

L'équipement des ateliers de chaque centre est conçu sur le modèle de l'industrie avec les machines industrielles et les outils modernes nécessaires.

Le patient fera des exercices gradués à l'atelier pour l'entraîner progressivement à l'effort continu d'une pleine journée de travail, il fera des exercices spéciaux au gymnase dirigés par un physiothérapeute, sous contrôle médical, des jeux et des travaux éducatifs sont également organisés. Une section d'éducation pour ceux dont l'orthographe ou l'arithmétique insuffisante seraient un obstacle à l'emploi envisagé.

Pour le sujet susceptible de reprendre son ancienne profession l'accent est mis sur les exercices et l'occupational therapy afin de lui redonner les capacités nécessaires pour exécuter les tâches spécifiques.

Les cours peuvent durer de 1 à 3 mois.

Le traitement dans ces centres est gratuit, et des allocations sont accordées selon un taux variable, suivant l'âge, le sexe et le nombre de personnes à charge du stagiaire.

Les stagiaires recrutés dans ces centres peuvent se diviser en 2 groupes :

D'une part les personnes recommandées par les médecins l'hôpital, ou le travailleur social.

- Soit pour une réadaptation progressive au travail, à 100% après une maladie ou un accident.

- soit pour une orientation professionnelle vers un nouveau type d'emploi dans ce groupe on peut inclure également quelques personnes dont le rendement est insuffisant et qui sont envoyées par les chefs du personnel ou des médecins du travail.

La recommandation du médecin est envoyée au DRO local qui la transmet au centre le plus proche.

D'autre part ce sont des personnes sans emploi depuis longtemps pour des raisons physiques et qui à l'époque de leur maladie ou blessure n'ont pu bénéficier de l'aide des centres alors inexistants

Ces personnes sont le plus souvent repérées par le DRO qui fera la demande au centre.

Il faut inclure dans ce groupe, des personnes n'ayant pas de déficiences évidentes, mais qui ont manifesté des difficultés d'adaptation au travail, c'est le groupe des chômeurs permanents. Il est parfois possible dans les centres de découvrir ce qui les empêche de trouver et de conserver un emploi, et de leur faire un traitement approprié, ou de les orienter ailleurs.

Plus de 80% des cas admis dans une unité de réhabilitation trouvent à la sortie un travail approprié ou un cours de perfectionnement. On a reconnu d'autre part, que des ouvriers de 57 ans et plus

sont aptes au réentraînement, ce qui est un progrès sur la politique antérieure qui visait à rejeter les cas de plus de 40-45 ans.

2°) Centres de réhabilitation professionnelle privés

Certains industriels et entreprises privées gèrent des centres de réhabilitation à l'usage de leurs employés .

La commission d'Assistance des Mineurs (Miner's Welfare Commission) a alloué 534 000 \$ soit 450 millions de francs de l'époque à la réhabilitation des mineurs accidentés, 7 châteaux pourvus de grands parcs sont devenus 7 centres résidentiels de réhabilitation en 1947 un 8ème centre fut ouvert.

En 1947 sur une période de 12 mois 87,3% des malades sortants susceptibles de reprendre le travail, travaillent 6 mois plus tard dans l'industrie minière, 4,2% travaillaient hors de cette industrie excellents résultats si l'on considère que ces centres n'acceptent que les cas les plus graves et que l'âge moyen de ces malades était de 40 ans.

- L'hôpital des dockers londoniens "Albert Dock Hospital" l'hôpital des employés des chemins de fer "Railway men's Hospital" à Craw furent parmi les premiers centres de réhabilitation ce sont des pionniers qui continuent à faire de l'excellent travail.

- Les usines d'automobiles Austin et Vauxhall général Motors ont aussi créé des centres.

Les réalisations de la Vauxhall à Luton sont bien connues, cette grande fabrique de voitures a construit un atelier de réhabilitation où les machines et les outils ont été modifiés par les ingénieurs aidés des médecins de telle sorte que leur manutention devienne un exercice thérapeutique; ainsi une perceuse électronique est transformée en machine à pédale ou à levier, selon qu'on veut y placer un

blessé de la jambe ou du bras. Ces machines permettent ainsi un travail répétitif simple, améliorant la fonction du malade, l'attention du malade étant fixée sur le travail qu'il effectue, ou supprime l'étape corticale (le sujet ne pense plus à contracter tel ou tel muscle) et on supprime ainsi la fatigue rapide qu'elle entraîne. Un service de physiothérapie complète le traitement si nécessaire. L'ouvrier reçoit son salaire habituel. L'atelier occupe une place définie dans la chaîne de montage et ses produits sont donc attendus au même rythme que ceux des autres ateliers, cette émulation joue un rôle favorable dans la réhabilitation du malade, et de plus le rendement est conforme aux normes, constituant une augmentation substantielle du programme de production. Si l'ouvrier le désire, il peut rester chez lui et se faire traiter par le médecin de son choix.

Formation professionnelle

Elle se fait dans les 33 centres de formation du gouvernement les collèges techniques et commerciaux, dans les établissements patronaux.

Un certain nombre de places sont réservées dans des centres résidentiels dirigés par des organismes bénévoles, pour la formation de travailleurs très déficients, évitant ainsi le trajet quotidien du centre à leur domicile, ou de loger hors de chez eux.

Les principaux établissements de ce genre sont :

- le Queen Elisabeth College for the Disable à 50 apprentis femmes ou hommes 16 métiers.

- St Lyses College for the Disabled à Exeter

- Finchale Abbey training Centre for the Disable "finchale Abbey Country`Durham".

- The National Institute for the blind (Institution Nationale des Aveugles) Bridgnorth, Shropshire

De nombreux métiers sont enseignés dans ces différents établissements.

Les principes généraux du Plan de Formation Professionnelle furent arrêtés en accord avec la Confédération des employeurs britanniques et le Congrès des Trade Union. Pendant le stage, des allocations sont payées par le Ministère selon une échelle uniforme pour tous les métiers, les seules variations provenant du fait d'être logé chez soi, ou dans un centre d'hébergement, des différences d'âge, du nombre de personnes adultes ou d'enfants qui sont à charge du stagiaire. Le stagiaire a des vacances payées, et s'il a dû quitter son domicile, il a droit à un voyage gratuit si la durée de l'apprentissage excède 13 semaines, à 2 voyages, si elle dépasse 30 semaines. Il ne paye ni l'impôt sur le revenu, ni les cotisations d'Assurance Sociale pendant l'apprentissage. La durée des stages de formation pour un métier qualifié, est de 26 semaines au moins, ces stages ont un caractère intensif et sont considérés comme équivalent à un apprentissage de 3 ans. L'enseignement est à la fois théorique et pratique, et a pour but d'amener le sujet à la qualification exigée des professionnels ce qui lui permettra de gagner le plein salaire professionnel.

Pendant le stage, les travaux pratiques sont réalisés dans les conditions les plus proches possibles de l'industrie. Les progrès du stagiaire sont contrôlés périodiquement, et la fin du stage est sanctionnée par un examen de sortie.

Pour certains métiers, le stage dans un centre du gouvernement est complété par une période de formation chez un employeur.

Dans les centres de formation du gouvernement, et dans les collèges techniques, les déficients sont, pour la plupart dans des sections formées avec les non déficients, et il semble que cette formule soit la meilleure pour les handicapés.

Dans les centres Résidentiels, 412 places sont à la disposition du Ministre du Travail pour les déficients graves.

- Le College St Loyes est ouvert aux hommes et femmes, il est spécialisé dans la formation professionnelle de personnes atteintes de déficiences congénitales ou survenues dans leur enfance.

- Le College Queen Elisabeth s'occupe surtout des amputés.

- Finchale Abbey est spécialisé dans les cas orthopédiques.

- Au centre gouvernemental d'hébergement et de formation de Latchworth 120 places sont réservées aux déficients ayant besoin d'une formation professionnelle en internat.

- L'Institut National pour les Aveugles à Bridgenorth réserve .24 places au Ministère

- La formation professionnelle agricole de déficients ayant appartenus à la Marine Marchande, se fait à Spingbok, Village Settlement, dans le Suney, géré par la " Marchand Seamen's War Memorial Society ".

Les déficients ayant besoin de parfaire leurs études et de compléter leur formation professionnelle afin d'accéder à des situations mieux rémunérées sont pris en charge :

- Soit par la section de formation du services'occupant des Cadres et travailleurs intellectuels. "Training Branch of the Appointement Department " et reçoivent des allocations dans le cadre du Plan d'Etudes et de Formations supérieures, s'ils sont anciens combattants.

- Soit par les collèges techniques et autres établissements d'enseignement et reçoivent des allocations selon le plan de Formation des Déficiants s'ils ne sont pas anciens Combattants.

Le Reclassement

La responsabilité du reclassement des déficients incombe au Fonctionnaire Attaché au Reclassement Professionnel des Défici-
cients auprès du Ministère du travail et du Service National. Il
y a au moins un de ces fonctionnaires ou DRO dans chaque bureau
local, et dans chaque bureau de placement.

Les DRO s'occupent des inscriptions sur le registre des
déficients, ils peuvent inscrire directement les noms des person-
nes manifestement atteintes de déficience, mais pour les cas moins
évidents, ils doivent avoir recours à l'aide des autorités médica-
les responsables. Ils ne peuvent refuser les demandes d'inscrip-
tion sans les soumettre à une commission consultative pour les
déficients, comprenant un médecin et des représentants des emplo-
yeurs et des travailleurs. La décision finale pour toutes les de-
mandes revient au Ministre du Travail et du Service National, qui
statue d'après les rapports de ces commissions.

Le DRO est directement responsable de l'orientation pro-
fessionnelle et du placement des déficients. Pour chaque cas le
DRO possède : Un dossier médical indiquant les possibilités physi-
ques, fonctionnelles, et mentales du sujet. Un guide indiquant som-
mairement les exigences physiques de différentes professions. Un
entretien avec le déficient dès son hospitalisation aura renseigné
le DRO sur le passé familial, et professionnel du sujet. Il pourra
prévoir à l'aide de toutes ces données s'il faudra une rééducation
professionnelle, une formation professionnelle, et dans quelle
branche, un placement immédiatement après la rééducation médicale,
ou si la déficience est grave au point de nécessiter un emploi
protégé. Le DRO fera alors les demandes d'admission et toutes
demandes administratives nécessaires.

Après le placement le DRO doit s'assurer de l'adaptation
du travailleur à son poste, et en cas d'échec, chercher une autre
solution.

Le DRO est une liaison d'une part avec l'hôpital, les centres de réhabilitation et de formation professionnelle, et d'autre part avec les entreprises et les employeurs qui doivent l'avertir de chaque emploi vacant.

Le DRO personnifie "L'Unité" nécessaire à toute réhabilitation, il coordonne les différentes branches et activités de réadaptation et les fait converger vers le réemploi. La tâche du DRO est donc considérable et sa formation est de la plus haute importance. Les DRO doivent être suffisamment au courant des traitements médicaux des techniques de réhabilitation médicale, et de la limitation des possibilités offertes par les diverses classes de déficients pour pouvoir interpréter les avis médicaux. Par ailleurs, ils doivent connaître les besoins de l'industrie locale et les capacités exigées par les divers métiers pour concilier ces conditions avec les goûts et les aptitudes des déficients examinés.

Tous les DRO sont volontaires, ils ne sont attachés et maintenus à ce poste que s'ils le désirent.

Le succès du mécanisme de reclassement est démontré par l'augmentation du nombre de déficients officiellement inscrits et par le faible pourcentage de déficients sans emploi.

En 1948 - 900.000 invalides âgés de 16 à 65 ans avaient été enregistrés dont 60% d'invalides de guerre militaires ou civiles.

En 1953 - 85% des anciens inaptes enregistrés sont reclassés normalement et gagnent leur vie par leur travail.

Emploi Protégé

Pour beaucoup de raisons certains déficients peuvent avoir besoin d'emplois sous conditions spéciales. La loi de 1944 autorisa le Ministre du Travail à prendre les dispositions nécessaires pour procurer des "emplois protégés" en usine, en atelier, ou à domicile, aux personnes atteintes d'invalidités graves, et pour payer sur fonds publics les dépenses ou pertes en résultant; il peut accorder des subventions à des organismes bénévoles ou à des autorités locales employant des déficients graves; il peut organiser des associations publiques dans le but de pourvoir d'un emploi protégé les déficients graves et contrôlés par le Ministère du Travail, ainsi en Avril 1945 naquit une telle association sous le nom de " Disabled Persons Employment Corporation Limited " qui se transforma en " Réemploi Limited " (Association de Réemploi"). Cette association peut couvrir les frais d'installation d'usines ou d'ateliers spéciaux de travail appelés " Remploi Factories" (Usines de Réemploi), les dépenses des centres d'hébergement attachés à ces usines ou ces ateliers, et les dépenses pour aider les travailleurs à domicile.

En 1948 - 20 000 déficients inscrits sur le registre avaient besoin d'emploi protégé, la moitié environ travaillent dans les ateliers pour aveugles, dans les entreprises bénévoles agréées, dans des villages sanitaires, dans des entreprises de travail à domicile. Les autres sont dans emploi.

Or les experts estiment à 30 000 environ le nombre des déficients ayant besoin d'emploi protégé auxquels s'ajoutent 30 000 tuberculeux environ.

Le plan de réemploi établi en 1945 prévoyait 107 usines employant chacune de 50 à 300 ouvriers dont 6 usines pour tuberculeux.

En 1953 le programme a été étendu à 135 usines dont 20 pour tuberculeux, et pouvant employer environ 13 000 déficients graves.

En 1949 - 57 usines étaient ouvertes.

Le développement de ce programme ne peut se faire rapidement car il soulève beaucoup de problèmes sur le plan humain.

Les usines forment leurs propres travailleurs et leur versent un salaire dès le début de la formation. Les services gouvernementaux peuvent conclure avec l'association des marchés pour les produits fabriqués.

En 1953 - Il y avait environ 25 entreprises bénévoles agréées par le Ministère du Travail et employant 700 personnes. Il y a aussi les villages sanitaires (pour tuberculeux surtout) où les malades peuvent travailler.

Des ateliers patronaux régionaux ont été ouverts pour diabétiques, tuberculeux, cardiaques, arthritiques, paraplégiques, amputés, etc... en accord avec le Ministère du Travail

Enfin un programme de travail à domicile s'appuyant sur les usines de réemploi a été lancé. Les difficultés sont grandes en particulier pour trouver des produits susceptibles d'être travaillés à domicile, et pouvant fournir une rémunération suffisante. Toutefois des liaisons ont été réalisées avec des usines de réemploi à Bridgend, Bristol, Birmingham, New Catble on Tyne, Edimbourg, ainsi qu'avec le College St Loyes à Exeter.

Voici donc les principales caractéristiques de l'organisation de la réhabilitation en Grande Bretagne.

En 1953 - alors que la réadaptation fonctionnait dans les mêmes conditions et selon les mêmes principes depuis déjà 8 ou 9 ans, le Ministère du Travail et de la Santé Britannique demandèrent une enquête sur ce sujet, dans le but d'en améliorer éventuellement le fonctionnement.

Les résultats de l'enquête furent publiés en 1956. Comme le montrent O. Malley et H. Hopker; il résulte de cette enquête que :

1°) La moyenne d'âge croissante de la population en Grande Bretagne et l'âge relativement avancé d'un grand nombre d'handicapés, compliquent sensiblement les problèmes de la réhabilitation sur le plan social et technique.

Ex : Age moyen des malades amputés au Centre de Rochampton 70% ont plus de 54 ans - 54 % ont plus de 60 ans).

2°) La Réhabilitation médicale qui dépend du Ministère de la Santé, disposait le 31 Décembre 1955 dans 2650 hopitaux et centres en Angleterre de :

- 1 200 services de physiothérapie
- 140 services de remedial gymnastic
- 830 services d'occupational therapy.

On peut donc penser qu'un bon service de réhabilitation est à la disposition de la majorité des malades qui en ont besoin.

Or si des soins efficaces sont correctement appliqués dans chacune de ces sections, l'enquête met en évidence un manque de coordination de ces différents services, des buts immédiats mal définis et un but final trop souvent inconnu.

Aussi le rapport insiste beaucoup sur l'importance capitale des réunions de synthèse avec la participation de toutes les personnes médicales et para médicales qui peuvent contribuer à une

évaluation exacte des séquelles, des possibilités d'amélioration, et à la définition précise du but éventuel surtout sur le plan social et professionnel.

3°) La Réhabilitation Industrielle dépend du Ministère du Travail.

L'enquête fait remarquer que le diminué physique qui subit la réadaptation médicale et industrielle passe d'une organisation à l'autre sans assurance d'une continuité rationnelle de ses activités.

O. Malley et H. Hopker mettent en évidence que la tendance principale en Grande Bretagne est de considérer la réadaptation d'un blessé ou malade comme le prolongement des soins médicaux ou chirurgicaux précoces. Cette réadaptation doit donc suivre une progression continue sous surveillance médicale jusqu'au but final. C'est pourquoi tout élément qui empêche ou qui rend difficile cette continuité est à éviter, et toutes les techniques de réadaptation médicale et industrielle doivent être appliquées dans l'unité. Le rapport publié en 1956, conseille à cet effet que les prochains nouveaux centres créés en Grande Bretagne soient tels qu'ils réunissent dans le même local la réhabilitation médicale et industrielle, ce qui permettrait la réalisation d'un programme parfaitement dosé et progressif pour chaque cas.

ETATS-UNIS

1) Historique

Les premiers services de réadaptation des déficients aux Etats Unis virent le jour aux environs de 1920. Mais comme en Grande Bretagne c'est pendant la dernière guerre que la réadaptation s'est développée. Un plan a été mis au point en 1943 par le service de l'emploi du Département of Labor, en collaboration avec l'Administration des Vétérans (Anciens Combattants) Il semble que l'organisation de la réhabilitation se soit échelonnée de 1943 à 1955.

2) Législation

La première loi concernant la réadaptation des déficients fut promulguée au lendemain de la première guerre mondiale.

En 1918 - Le Smith Sears Act. accorde aux anciens combattants une pension, et la prise en charge de leurs frais de réadaptation fonctionnelle et professionnelle, elle sera complétée par la loi du 20 Mars 1933, elle-même modifiée par la loi 16 - 1943 Public Law 16, 78 th Congress, Chap. 22, 1st session.

La loi du 2 Juin 1920, concerne la rééducation professionnelle des invalides Civils.

En 1939 - Le président Roosevelt cré la Federal Security Agency, qui regroupe notamment tous les organismes s'occupant du reclassement des travailleurs à " Capacité Réduite ", c'est la loi du 3 Avril 1939 . " Fédéral Security Act " Sécurité Sociale 10 Août N° 379. 76 Congress chap. 666 1st Session H.R. 6635.

La loi du 24 Mars 1943 - (Public Law 16 - 1943 78 th Congress chap. 22 1 st Session) a pour objet la réadaptation des invalides anciens combattants de la 2ème guerre mondiale. Cette loi leur assure :

- la gratuité pour les soins médicaux
 - l'orientation professionnelle
 - la rééducation fonctionnelle
 - la rééducation professionnelle
- et le placement
- la possibilité de prêts d'installation
- la durée maximum de la réadaptation est fixée à 4 ans.

La loi du 6 Juillet 1943 " Public Law 113 78 th Congress chap. 190 1 st session " modifie la loi du 2 Juin 1920 sur la rééducation professionnelle des invalides civils.

Cette nouvelle loi s'applique à toutes les personnes ayant contracté une invalidité dans l'industrie ou de toute autre manière et traite de leur placement dans un emploi civil.

Le gouvernement fédéral participera aux dépenses engagées par les Etats pour la réadaptation professionnelle des diminués physiques, à condition toutefois que le plan de réadaptation des Etats soumis à l'administration de la Sécurité Sociale soit approuvé par elle. Il semble que ce soit là, la première loi qui incite les Etats à organiser la réadaptation. A cette même date, est créé " l'office of vocational rehabilitation " dont le rôle va être d'encourager le développement des programmes de rééducation et d'aider dans ce but les administrations des Etats Fédérés. Cette aide sera décidée par des Commissions Nationales notamment : une commission exécutive de " Directeurs de programme de rééducation ".

Une commission consultative composée de représentants de l'industrie, du corps médical, des syndicats, d'oeuvres privées, etc...

De plus cette loi du 6 Juillet va être complétée par les règlements du 9 Octobre 1943, et du 29 Juillet 1948. Le Gouvernement s'engage à prendre une grande part des frais de la réadaptation des " Civils invalides de guerre ".

Il paiera la moitié des frais :

- de formation ou de rééducation professionnelle
- de l'examen médical
- du traitement
- de l'hospitalisation pendant 90 jours.

Il prendra en charge :

- les déplacements
- le versement d'une allocation couvrant des frais de subsistance pendant la période de rééducation.
- les examens d'orientation
- l'achat de livres
- la fourniture des appareils prothèse nécessaires à l'exercice de la profession
- l'acquisition de patentes, d'outillage et d'équipement individuel nécessaire à l'exercice de la profession.
- Le placement.

La loi du 22 Juin 1944, GI's Bull Public Law 346 78 th Congress chap. 268, 2 nd Session, va encore modifier la loi 16 - 1943 et sera elle-même complétée par la loi du 28 décembre 1945. Public Law 268 79 th Congress Chap 588 1 st Session.

En 1946 nous notons la loi du 10 Août (Public Law 379 76 Congress Chap. 666 1 st Session H R 6635) qui traite de la Sécurité Sociale, de la rééducation et du réemploi.

Le 25 Septembre de la même année paraissent 2 règlements concernant l'application de la loi du 6 Juillet 1943.

- l'un traite de l'emploi de tous les travailleurs, en particulier de ceux dits " de capacité réduite " il fut pris par le Secrétaire du Travail
- l'autre traite de règles d'action du service fédéral de l'emploi il fut pris par le directeur de ce service.

Les règlements donnent la priorité de placement aux anciens combattants qualifiés, et notamment aux invalides de guerre.

Pour les travailleurs à " Capacité réduite " le service fédéral de l'emploi devra pouvoir :

- mettre à leur disposition des services de placements spécialisés
- déterminer la qualification professionnelle du demandeur en faisant le bilan de son expérience professionnelle, de sa formation professionnelle , de ses aptitudes physiques actuelles et des conditions de travail qui doivent être évitées.

Deux points particuliers à souligner :

Le service fédéral aura pour règle : de ne réunir sur l'infirmité des demandeurs que des informations pouvant être utiles à leur orientation et à leur placement

: de leur apporter son aide sans exiger de rapport médical, sauf si cela est nécessaire à l'efficacité de l'aide à donner..

Ces deux recommandations montrent bien le souci de ne pas considérer les déficients comme une catégorie de travailleurs différents des sujets dits normaux, mais au contraire, de les intégrer au monde du travail, le déficient comme toute personne étant professionnellement apte à un certain nombre de professions et inapte à d'autres. C'est là un grand principe de la politique du reclassement aux Etats Unis.

En 1950 parait le règlement du 16 Janvier sur l'emploi des déficients (Federal Register II Janvier 1950 vol.15 n° 12 p.322)

Puis la loi du 28 Aout 1950 concernant la Sécurité Sociale notamment l'assurance vieillesse, l'assistance aux grands infirmes aveugles et autres.

En 1952 loi du 11 Janvier de nouveau sur l'emploi des déficients.

La loi du 18 Juillet 1952 (Public Law 590 82 nd Congress chap. 945 2nd Session) sur la Sécurité Sociale, complète la loi du 28 Aout et porte sur le calcul des pensions.

Enfin en 1954, une nouvelle loi sur la réadaptation professionnelle va encore favoriser son développement.

- Le Gouvernement Fédéral prend sa part des dépenses, la participation des états étant calculée en tenant compte de la population de l'état et de son revenu par habitant.
- Un système de subventions fédérales doivent aider au développement du programme de réadaptation des états, et à l'étendue des catégories d'individus ou à des zones géographiques insuffisamment desservies.
- Des subventions seront accordées pour encourager la recherche en vue de l'amélioration des méthodes de réadaptation et pour organiser des campagnes de démonstration et de vulgarisation dans le pays.
- Des dotations seront faites aux universités, collèges et établissements d'enseignement pour favoriser la formation d'un plus grand nombre de spécialistes.

- Les bénéficiaires de ces lois sont :

Les sujets dont l'invalidité représente un obstacle
à leur emploi

Les personnes devant être en âge de travailler ou
s'en approcher.

Enfin il doit y avoir des chances raisonnables pour que
l'invalidé en question puisse être placé dans un emploi après avoir
été réadapté professionnellement.

Toutes ces lois sont très générales, mais pour chaque Etat
des modalités d'application sont publiées.

3) Organisation générale des services médicaux et professionnels de réadaptation.

Dans le rapport de la Mission Française de productivité
fait en Juin 1951 sur la réadaptation des diminués physiques aux Etats
Unis il est fait état d'une technique de réadaptation mise au point
en 1943 et comprenant les étapes suivantes :

- Bilan de l'individu
- Conseil d'orientation professionnelle
- Envoi dans un Centre de récupération
- Analyse de poste
- Placement chez l'employeur
- Contrôle pour s'assurer de l'adaptation satisfaisante
au travail.

En 1944, L'organisation de la rééducation est confiée au
Comité Baruche et J. Chauveau dans sa thèse cite un exemple un Centre
de 250 lits il précise :

" Durée moyenne de traitement : 60 jours, 5h par jour, 5 jours par semaine, en moyenne 5 entrants, 5 sortants par jour, soit 1500 par an à qui il faudra fournir dans le cadre du programme de réadaptation un ensemble de soins physiques, psychologiques, sociaux et professionnels."

Ce centre comprend :

" - Section médicale

- Service de Médecine rééducative dirigé par un médecin spécialiste de médecine rééducative et de réadaptation.
- Service psycho-social dirigé par un psychiatre qualifié
- Service de rééducation par gestes professionnels comprenant : des thérapeutes qualifiés, et des assistants.
- Service d'éducation physique.
- Service de psychologie clinique, à la tête 2 cliniciens psychologues.
- Service Social comprenant : 2 attachés de médecine sociale
1 attaché de psychologie sociale
2 assistantes sociales ...
- Section professionnelle
- Service d'apprentissage professionnel avec instructeur pour infirmes moteurs, muets, aveugles, sourds.
- Service d'orientation professionnelle avec : 2 psychologues
atelier de traitement.
- Programme de travail à domicile."

Il est à noter que pour un centre de 250 lits on compte :

1 psychiatre

2 cliniciens psychologues

1 attaché de psychologie sociale,

cela met en évidence le rôle prépondérant accordé à la psychologie dans le processus de réhabilitation aux Etats-Unis, il semble que l'on attache une attention extrême à la personnalité du déficient.

Dans les 48 Etats américains des services de reclassement ont été organisés.

Dans son ouvrage H. REDKEY distingue différentes catégories de centres de réadaptation existant aux Etats-Unis.

- Centres de diagnostic et d'orientation
- Centres de rééducation attachés à des services hospitaliers
- Centres dépendants d'oeuvres privées, en internat ou externat.
- Centres appartenant à des compagnies d'assurance
- Centres de rééducation professionnelle mais avec cependant un service de réadaptation.

Les déficients sont "dépistés" par le bureau de réadaptation du service de formation professionnelle de l'Etat. Le responsable de ce service comme le remarque H. ZISSMAN, "s'efforce de les convaincre de la nécessité de leur réadaptation".

Le déficient va subir un examen médical et psychologique, une enquête sera faite. Puis les traitements nécessaires seront mis en oeuvre. La formation professionnelle peut être donnée dans des centres spéciaux, des écoles et même par correspondance. C'est le service de reclassement qui prend à sa charge le sujet qui doit être formé.

On fait suivre pendant 3 semaines les cours d'orientation professionnelle de l'Institut for Crippled and Disabled, aux infirmes graves, pendant cette période ils sont soumis à l'observation de médecins et de psychologues afin de déterminer la thérapeutique et le plan de rééducation qui leur seront proposés.

Enfin après la rééducation, les travailleurs sont orientés par un service de placement spécialisé, vers un emploi leur convenant.

"Le placement du diminué physique est seulement légèrement différent du placement d'un travailleur normal " écrit à ce sujet le rapporteur de la Mission Française de productivité de 1951.

L'orienteur doit connaître à fond le déficient, moralement physiquement, et socialement, afin de connaître ses limitations. D'autre part, il doit connaître les exigences physiques et intellectuelles des différents emplois, ainsi que les conditions de travail.

Le rapporteur poursuit " Assortir l'aptitude physique d'un demandeur, aux exigences en matière physique d'un emploi pour lequel il possède l'expérience, l'entraînement et d'autres exigences" constitue la phase principale du placement sélectif.

Le conseiller de réadaptation professionnelle a un rôle très important, assez comparable à celui du ERO en Grande Bretagne, En effet, c'est lui qui va le premier interroger l'invalidé qui s'adresse au service de réadaptation professionnelle, il va comme l'explique MARY E. SWITZER "Rassembler les dossiers: médical, professionnel, familial, psychologique etc... et établir un plan de réadaptation; le conseiller se charge de toutes les démarches nécessaires. Quand le malade est placé dans un emploi, le conseiller suit encore son comportement pendant quelques semaines, pour l'aider à traverser avec succès la première période d'adaptation, et montrer à l'employeur que le service de réadaptation est toujours prêt à lui apporter son concours en cas de besoin".

Nous remarquerons, que si la psychologie a une part importante dans la réadaptation du déficient, son rôle n'est pas moindre dans l'éducation des employeurs.

Fr. SIMON le note :

" Aux Etats-Unis aucun texte ne reconnaît au profit des diminués physiques, ni emploi réservé, ni pourcentage minimum... les employeurs n'ont aucune obligation en ce qui concerne l'emploi des diminués physiques, anciens combattants ou non. Cependant 750 000 placements de diminués physiques se firent en 1951. Ces résultats sont dus à l'action d'une organisation nommée "Semaine Nationale pour l'Emploi du Diminué Physique" qui procède auprès des employeurs à une large

information au moyen de la radio, de films , d'indications techniques sur les modifications de postes, de prêt d'appareillage etc..."

Mary E. SWITZER donne ainsi les résultats du programme de réhabilitation au 30 Juin 1957, 71 000 invalides ont bénéficié des services de réadaptation professionnelle. Toutes les catégories d'invalides s'y rencontrent. 35% de ce chiffre sont des femmes. Sur ces 71 000 invalides, 14 000 étaient à la charge de l'Assistance Publique. II millions 1/2 de dollars par an leur avaient été ~~versés~~. La réadaptation de ces 14 000 invalides a coûté moins de II millions de dollars. Les 71 000 invalides pendant la première année de travail gagneront 138 millions de dollars.

Les invalides remis dans le circuit économique verseront au trésor fédéral au cours de leur vie active 10 dollars pour chaque dollar dépensé pour leur réadaptation, sans compter les impôts et taxes qu'ils verseront aussi dans les caisses de leur état et municipalités".

Et Mary E. SWITZER de conclure :

"... Valeur humaine incalculable du retour des invalides à l'indépendance économique et à l'utilité sociale; leur réadaptation est un investissement public très rémunérateur."

Classification professionnelle des invalides adaptés grâce au programme de rééducation professionnelle exercice financiers 1956

- Travailleurs agricoles et assimilés	5614	8,6%
- Professions libérales. Travailleurs intellectuels, cadres de direction.	6603	10,1%
- Travailleurs qualifiés et spécialisés	17875	27,2%
- Employés de bureau et de commerce	12783	19,5%
- Personnel des services	11117	16,9%
- Manoeuvre	4413	6,7%
- Ménagères.Travaux familiaux	7227	11 %
	-----	-----
	65632	100%

BELGIQUE

C'est en 1919 que fut créé l'Office National des Invalides de guerre. Selon H. ZISSMAN, cet organisme "est chargé de prendre les mesures visant à la récupération de la capacité de travail, la rééducation professionnelle et le placement des invalides militaires et civils, victimes de la guerre".

Là encore c'est à partir de 1944 que l'on peut constater la promulgation de lois et d'arrêtés concernant :

- les assurances maladie et invalidité (21 Mars 1945)
- Les accidents du travail (19 Mai 1945)
- La rééducation des travailleurs déficients (26 Mai 1945)
- La Sécurité Sociale (10 Aout 1945)
- Les maladies professionnelles (17 Décembre 1945)

Des lois complémentaires ayant trait aux mêmes préoccupations devaient paraître au cours des 10 années suivantes. Il semble que la réhabilitation en Belgique soit organisée de la façon suivante :

- D'une part il y a l'Office National des Invalides de guerre (militaires et civils) qui s'occupe de la rééducation et réadaptation fonctionnelle et professionnelle et du placement.

La réadaptation professionnelle se fait le plus fréquemment possible dans des écoles techniques et des institutions prévues pour les travailleurs valides. Pour le placement les invalides de guerre bénéficient d'une période d'emploi dans les administrations publiques

- D'autre part le Fond National d'Assurance - maladie - invalidité - (F-N-A-M-I) assure la rééducation des invalides du travail. Pendant la rééducation :
 - . Les frais sont à la charge du Fond National.

- . Le déficient reçoit une allocation variable selon qu'il est ou non rémunéré pendant son stage (Indemnité + salaire = 50% minimum du dernier salaire perçu avant la maladie ou l'accident).
- . Le déficient cesse de percevoir les indemnités d'invalidité ou de maladie pendant cette période.

La rééducation se fait :

soit dans un centre ouvert aux chômeurs valides et invalides soit dans des entreprises privées liées par des contrats individuels de réadaptation. Les employeurs bénéficient de primes et sont exonérés de contribution de Sécurité Sociale etc...

- Il existe également un fond spécial qui fut créé par l'arrêté , loi du 21 Septembre 1945, et qui est chargé de verser aux estropiés, mutilés, infirmes congénitaux, aveugles, sourds muets, dépourvus de ressources, des allocations, qu'ils continueront à percevoir s'ils suivent une rééducation professionnelle.

- Enfin pour les jeunes infirmes il existe 5 institutions qui relèvent des pouvoirs publics, les autres étant Brivées.

Il semble que l'idée maitresse de la réhabilitation en Belgique soit le soucis d'éviter le plus possible la ségrégation des diminués physiques. Les écoles et les centres d'apprentissage sont ouverts aux sujets valides comme aux invalides, les problèmes d'adaptation à un travail se posent aussi bien pour les sujets valides que pour les autres, et nous pensons que du point de vue psychologique c'est là un grand pas de fait.

Il semble que les différences entre les législations et les organisations de la réhabilitation de ces différents pays, par rapport à ce qui est réalisé en France soient les suivantes :

- L'Angleterre se distingue par :
 - un équipement hospitalier important
- l'existence de Reemploy Factories
- le rôle du DRO.

par contre les emplois réservés n'ont pas donné de bons résultats car cela porte préjudice à la valeur de l'emploi.

On note pour les Etats-Unis une législation très libérale basée surtout semble-t-il sur la propagande ne comportant pas d'obligations. Le rôle du conseiller de réadaptation professionnelle s'identifie à celui du DRO, il représente d'Unité de la réhabilitation. Toutefois il est plus difficile de se faire une opinion sur la réhabilitation aux Etats-Unis, étant donné les différences qui peuvent exister pour chaque Etat.

La France semble s'être inspirée des réalisations de ces 2 pays pour sa législation, qui est moins structurée que la législation anglaise et moins libérale que celle des Etats-Unis.

Enfin les "Placiers" chez nous n'ont pas un rôle aussi important que le DRO ou le conseiller de réadaptation américain.

C O N C L U S I O N S

Au terme de cette étude il nous paraît utile de tirer quelques conclusions.

Nous n'insisterons pas sur la nécessité de poursuivre l'effort de développement de notre équipement sanitaire, l'unanimité semblant acquise sur ces points :

- Augmentation du nombre de centres équipés de sections spécialisées nécessaires à une réadaptation médicale précoce des malades hospitalisés, et au traitement ambulatoire pour les malades externes.
- Augmentation du nombre de Centres de traitement post hospitalisés, en internat pour les handicapés graves dont la réadaptation est longue, afin de libérer des lits d'hôpitaux, réaliser une sorte de "pont" entre la réadaptation médicale et la réadaptation professionnelle, la preuve étant faite d'autre part que la guérison se trouve souvent accélérée en dehors de l'ambiance hospitalière.
- par voie de conséquence, formation accrue de personnel spécialisé médical, et para médical.
- Accorder à la recherche scientifique une part importante. La médecine physique et la réadaptation étant des disciplines récentes, aux branches nombreuses et variées, leurs techniques doivent être en constante évolution et tout doit être mis en oeuvre pour leur permettre de s'améliorer encore.

Ces mesures devant permettre :

- Une réhabilitation médicale aussi précoce que possible afin de prévenir l'installation de séquelles dans le plus grand nombre de cas possible, réduisant d'autant le nombre des diminués physiques, n'est-ce pas là comme le souligne justement le Docteur H.G. POULIZAC une excellente solution aux problèmes des diminués physiques ?
- Une réduction aussi poussée que possible des séquelles (qui n'auront pu être évitées), par une réadaptation médicale se poursuivant dans le domaine professionnel au moyen du réentraînement à l'effort et aux gestes professionnels, permettant ainsi plus souvent le réemploi direct ou le réemploi aménagé, sans avoir recours aux centres de rééducation professionnelle.

Sur le plan de la réhabilitation professionnelle et du reclassement il nous semble utile d'insister sur les points suivants :

- Nécessité d'une orientation psychologique précoce afin de préparer le malade au retour à la vie professionnelle normale.
- Nécessité pendant la période thérapeutique de réadaptation, d'envisager le plus tôt possible, tous les problèmes personnels du sujet (psychique, familiaux, matériels, etc...) les limitations et les aptitudes professionnelles afin de déterminer le plus rapidement possible le but final de la réhabilitation.

- Considérer la réhabilitation comme un processus complexe nécessitant une bonne coordination des différents services, des liaisons fréquentes entre les différents responsables afin d'éviter tout hiatus.
- Développer les possibilités de rattrapage scolaire, afin de permettre à un plus grand nombre de sujets de bénéficier d'une rééducation professionnelle efficace.
- Développer les possibilités de rééducation par contrat chez l'employeur favorisant ainsi les contacts étroits entre "déficients" et "Normaux" l'expérience ayant suffisamment montré combien la ségrégation pouvait avoir un rôle psychologiquement néfaste chez les handicapés.

Augmenter le nombre des ateliers protégés et des organismes de distribution de travail à domicile pour les handicapés graves.

Enfin le rôle du médecin d'entreprise dans la réhabilitation des diminués physiques ne saurait être méconnu.

- Rôle important dans le dépistage des déficients grâce aux examens médicaux systématiques à l'embauche ou à la reprise du travail, après arrêt pour maladie ou accident.
- Rôle dans le reclassement des handicapés :
 - Il saura admettre tel handicapé dont la déficience sera sans incidence sur la tenue du poste envisagé.
 - Il pourra proposer l'admission à un emploi différent de celui demandé mais plus adapté au sujet.
 - Il demandera à la direction des aménagements de postes.

- Enfin rôle psychologique non négligeable sur le milieu de travail et sur les employeurs, en luttant contre le préjugé défavorable que beaucoup ont encore à l'égard des déficients. Il pourra faire admettre que l'emploi du diminué physique ne relève ni de la charité ni du devoir social, mais que par le jeu des compensations, le travailleur handicapé pourra rendre dans la production des services indéniables, sinon supérieurs à ceux des travailleurs normaux ; constituant souvent une main d'oeuvre plus stable.

Une évolution importante dans l'organisation de la réhabilitation s'est faite au cours des quinze dernières années, souhaitons qu'elle se poursuive dans les années à venir.

Vu, le Président de Thèse : Vu, le Doyen de la Faculté :

Pr. M. GAULTIER

Pr. L. BINET . .

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

- ALBAHARY Cl. - Responsabilité professionnelle du médecin d'entreprise
Encyclop. Med. Chirur. (1953)
- AUJALEU E. - La réadaptation médicale des handicapés physiques
Réadaptation n° 81 (Juin-1961 - 11 - 13)
- AUJALEU E. - BERLIOZ C. - Tuberculose et Sécurité Sociale.
La semaine des Hôpitaux n° 42 (1953)
- ARENS R. - La psychotechnique au service du reclassement des travailleurs inadaptés.
Bull. du Centre d'Et. et Rech. Psychot. n°2-3 (Avril-Septembre 1953 - 29-38).
- BARBIZET J. - GOSSET J. - Rééducation réadaptation et placement des handicapés.
Conc. Med. (Supplem) n° 25 (Juin 1955)
- BERLIOZ C. - Un des aspects de l'apport des organismes de sécurité sociale à la réadaptation
Réadaptation n° 81 (Juin 1961 35-38)
- BINET A. - SIMON T. - Peut-on enseigner la parole aux sourds muets?
Journal Franç. ORL. 4 n° 8 (Décembre 1955 833-849).
- BOUR H. - Tuberculose et professions.
Concours Med. n° 3 (19 Janvier 1952) 191-193.

- BOVIS - DAVELUY A. - Etat actuel de la réadaptation des traumatisés
Thèse médic. (Paris 1953)
- BURON R. - Réadaptation économique et sociale du diminué physique
Réadaptation n° 30 (Mai 1956)
- CAYET MR. - Les principes de la réadaptation fonctionnelle.
Archives des Mal. Prof. 19 n° 4 (Juil. Aout 1958) 416-423
- CHAUVEAU J. - Etude générale sur la rééducation fonctionnelle et la récupération des diminués physiques par la rééducation professionnelle.
Thèse Med. (Paris 1951).
- CHIGOT - Bilan d'un centre de réadaptation pour enfants infirmes
Sem. des Hop. Paris (Supplem.) 32 n°7 (30 Janvier 1956)
119-120
- CIBRIE P. - Réadaptation fonctionnelle, professionnelle et sociale
Concours Med. 81 n°7 -(14^e ev. 1959) 628-630
- CUENIM - HOGARTH R. - Le rôle de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale dans la réadaptation des tuberculeux.
Réadaptation n° 81 (Juin 1961) 27-34.
- DAITZ B.D. - L'évaluation de la capacité physique nécessaire au travail.
J. of Rehab 17 n° 4 (1951)
Bull. du centre d'Et. et Recher. Psychot. n°2-3 (Avril
Septembre 1953) 71-78;
- DELWAL R. - La rééducation professionnelle du tuberculeux pulmonaire
Med. Usine n°1.2.3. 1er Trimestre (1954) 331-339.

- DESOILLE H. - Rôle du médecin au sein du Comité d'Hygiène et de Sécurité
Encyclop. Med. Chir. (1952)
- DESOILLE H. - Principes généraux de la Médecine du travail
Encyclop. Mée. Chir. (1954)
- DESOILLE H. - Prévention des affections professionnelles
Encyclop. Méd. Chir. (1962)
- DESOILLE H. - CAVIGNEAUX A. - Réparation des maladies professionnelles
Encyclop. Méd. Chir. (1962)
- DESOILLE H. - HADENGUE A. - Les services médicaux du travail
Encyclop. Méd. Chir. (1954)
- ESCALIER J. - Rôle des médecins du travail à l'égard des handicapés
physiques.
Méd. Usine n° 1.2.3. 1er trimestre 1957 287-302.
- FAVEL P. - Expériences de reclassement des épileptiques en internat
Sem. Méd. (suppl. Sem. Hop. Paris) n° 43 (20 Novembre 1959)
IO44-IO45)
- FOUCHE S. - Apprentissage et rééducation professionnelle des diminués
physiques.
Bull. du Centre d'Et. et de Recher. Pshychô. n° 2.3 (Avril
Sept. 1953) 51-57.
- FOUCHE S. - Notes sur les centres de triage et d'observation
Bull. du Centre d'Et. et de Recher. Psychotech. n°2.3.
(Avril Sept. 1953) 59-62.
- FOUCHE S. - Séance plénière de la Fédération des Associations de post-
cure.

FOUCHE S. - Les ateliers protégés et les communautés de travail
Réadaptation n° 66 (Janv. 1960) 7.15.

FRESOULS - Sur le séjour aux Etats Unis d'une mission française
constituée pour l'étude de la réhabilitation des diminués
physiques.
Paris Ministère du Trav. et de la Sec. soc. (Dec. 1951)

GAUTHIER G. POULIZAC H. - LARGUESE J. - Le retour au travail des
handicapés.
Archives des mal. prof. 19 n° 4 (Juillet Aout 1958) 411-414

GERMAIN J. - Reclassement professionnel des tuberculeux pulmonaires,
les problèmes actuels du reclassement professionnel des tu-
berculeux pulmonaires, exposé général et médical.
Archives mal. prof. n° 5 (Sept. Octo. 1959) 465-478, 20

GIROND J. - La rééducation des diminués physiques.
Que deviennent les anciens stagiaires des centres spéciali-
sés plusieurs années après leur sortie ?
Enquête de Faisan - Patin - Roussel - Simon.
Sem. Med. (Suppl. Sem. Hop. Paris) n° 29.30.31.32 (Aout
1960) 792-797.

GODARD J. - DELABROISE A. - MEYER P. - Essai de reclassement par postes
réservés, des travailleurs handicapés dans une usine de si-
dérurgie.
Archives mal? Prof. 19 n° 4 (Juil.Aout 1958) 400-406.

GROSSIORD A. - La rééducation des poliomyélitiques, principes généraux
et organisation du traitement.
Paris Med. (Suppl;) 3 (Mars Avril 1950) n° 2 29-44)

- GROSSIORD A. - Problème de l'orientation et de la formation professionnelle d'un centre de rééducation de poliomyélite.
Ann. Méd. Physiq. 2 - n° 3 (Juil- Sept 1959) 149-159/
- HADENGUE A. - La rééducation et la réadaptation professionnelle des invalides et des malades .
Archives mal. Prof. 12 n° 3 (1951)
- HINDERMEYER - Réadaptation des infirmes moteurs
GAZ. Med. France 66 n° 17 (10 Sept. 1959) 1257-1264
- JAFFRES G. - La réadaptation des diminués physiques en Angleterre
Bull. du Centre d'Et. et Recher. Psychot. n°2.3. (Avril Sept. 1953)
- KESSLER H. - Rehabilitation of the physically handicaped
Columbia. University Press New-York. 1953.
- LAURENT P. - L'action du Ministère du Travail en faveur de la réadaptation des handicapés physiques, et ses perspectives.
Réadaptation (Juin 1961) n° 81 7.10.
- LAVIE J.C. - Infirmité motrice acquise et rééducation.
Certains aspects psychologiques
Concours Med. n° 38 (17 Septembre 1960) 4 131 - 4 135.
- LECOCQ J. - Mise en place des travailleurs dont le cas comporte un problème d'adaptation.
Med. Usine n° 1.2.3. 1er Trimestre 1957 340-345.
- LEPLAT J. - Etude d'une batterie de tests pour aveugles.
Bull. du Cent. d'ET. et Recher. Psychotech. 3 n° 1 (1954)

LEROY D. - Rééducation du polyomyélitique.

Rev. Méd. Suisse. Rom. 76 n° 10 (Octob. 1956) 994-1001

LORY M.B. - Mlle PICQUENARD - L'intervention de l'aide sociale
Réadaptation n° 81 -(Juin 1961) 14-20

MAC NALTY A.S. - Fifty years of Public Health Législation
Brit. Med. J. 7 Janvier 1950)

MALLEY O. - HOPKER H. - de Londres - Tendances actuelles de la réadaptation en Grande Bretagne.
Article publié dans les journées d'étude de Nancy (15-16 Nov 1957) Sem. Med. (suppl. sem. Hop. Paris) (14 Sept. 1959)
35 828-829.

MEYERS R.I. - Sidney - Les aspects de la réhabilitation
Med. J. Australia 44 (16 Novembre 1957) n°2 720-723

MIGNOT M.A. - Etude partielle sur le reclassement des diminués physiques.
Archives Mal. Prof. 19 n° 4 (Juil? Aout 1958) 407-411.

MOOR L. - Indication de la rééducation psychomotrice des débilités en vue d'une réinsertion sociale.
Sem. Med. (Suppl. sem. Hop.) 36 (20 Juin 1960) 644-645. n°51

NAHOUM C. - Handicapés physiques et handicapés mentaux devant le problème de leur réadaptation et reclassement professionnel
Med. Usine n° 1.2.3. 1er Trimestre 57 305-316.

NAHOUM C. - Le reclassement professionnel des déficients adultes.
Le trav. Hum. (Juillet Décembre 1953)

PELLISIER L. - Incidences économiques de la tuberculose pulmonaire
Gaz Méd. France 66 (25 Septembre 1959) n° 18 1359-1366

- PELLISSIER L. - Réadaptation Reclassement Réhabilitation des tuberculeux pulmonaires handicapés.
Gaz Med. France 66 n° 17 (10 Septembre 1959) 1271-1278
- PERDONCINI G. - Rééducation psychosensorielle des sourd muets en centre spécialisé.
J. Français ORL. 4 (Avr.-Mai 1955) n° 3 226-229.
- PILOD M. - Résultats d'une enquête sur la réadaptation professionnelle et sociale des tuberculeux.
Revue de la tuberculose (Aout Sept 1958) 22 n° 8.9. 880-884.
- POULIZAC H. - Pour une solution technique du reclassement des diminués physiques.
Ann. de Méd. Pratic et soc. (Avril 1953)
- POULIZAC H. - Réhabilitation et reclassement
Bull. du Centre d'Et. et Recher. Psychotech. n° 2.3. (Avril Sept. 1953) 43-50
- REBRION P. - Le reclassement des tuberculeux stabilisés
Le centre de rééducation professionnelle de Coubert
Bull. du Centre d'Et et de Recher. Psychotech. n° 2.3.
Avril Sept. - 63-69
- REDKEY H. - Washington rehabilitation Center.
Medi. del Dep. y del trat. 14 n° 80 (1949)
- REVERCHON H. - L'emploi protégé à l'étranger
Réadaptation n° 66 (Janv. 1960) 24-28

RONDEPIERRE JJ. - JOLIVET B. - La réadaptation sociale du malade mental.

Gaz Med. France 66 (10 Sept. 1959) n° 17 1267-1270

RUSK H. - Réhabilitation, the third phase of medecine
Arch. of Ind. Hyg. and Occup. Med. n° 4 (1950)

RUSK H. - Réhabilitation
J. of the Amer. Assoc. (21 Mai 1949)

SAVY H. - Le centre de réadaptation au travail pour convalescents de Flappeville.
Réadaptation n° 66 (Janv. 1960) 36-40.

SCHAAP C. - When can some one be described as physically handicapped.
in : the disabled in the modern world.
Swedish Central Committee for the case of cripples
Stockholm (Sept. 1951)

SIMON Fr. - Problèmes économiques et sociaux de la réadaptation
Sem. des Hop. Paris 30 n° 67 (Nov. 54) 3773-3776

SIMONIN C. - Importance sociale et économique de la traumatologie
Précis de médecine du travail Paris Maloine (1956)

SIVADON P. - Introduction au problème du reclassement professionnel
des déficients
Arch. des Mal. Prof. 9 n° 3 4948

SOREL - Le problème social de l'épilepsie
Acta Neurol Psych. Belg. 55 (Aout 55) n° 8 655-661

TAYLOR W. - The disabled persons (Employment) act (1944)
Some medical implications
Brit. J. of Ind. Med. 5 n° 3 (1948)

- THOMAS M. - Les examens de pré-orientation en sanatorium.
Bull. du Centre d'Et. et de Recher. Psycho. n° 2.3
(Avril Septembre 1953) 39 - 42.
- TRANNOY A. - Les ateliers d'aide par le travail.
Réadaptation n° 66 (Janv. 1960) 16- 23
- TROTOT R. - VEIL C. - LAMBERT D. - TROLLAT avec la collaboration
de R. AMIEL (Paris) - Contribution à l'étude de l'épileptique au tra-
vail.
Sem. Med. (Suppl. sem. Hop. Paris) 35 n° 58 - 59 (14 Juillet
1959) 705-713
- VIDART - THOMAS - Le devenir des cent dernier épileptiques sortis
du centre de Gennevilliers.
Sem. Med. (Suppl. sem. Hop. Paris) 35 (14 Sept. 1959)
n° 74-75 815-817.
- X... - The national Health service in Great Britain.
The med. J. of Australia (9 Avril 1949)
- X... - La réhabilitation en Angleterre.
Sem. Med. (Supplem. Sem. Hop. Paris) 35 (14 Sept. 1959) n°74
75 824-828.
- X... - Journées scientifiques de la Société Française de Médecine pré-
ventive et sociale Vichy (Sept. 56)
Problèmes médico-sociaux posés par la reprise d'activité après maladie
ou accident tuberculeux chez l'enfant, chez l'adolescent,
chez l'adulte. ...
Ann. Med. Psycho. II5 : (Février 1957) 350-353.
- X... - La réadaptation fonctionnelle aux Etats-Unis
Sem. Med. (Supplem. Sem. Hop. Paris) n° 29-30-31-32 (Aout
1960) 798-799.

X... - Rééducation - Réadaptation.

Gaz Med. France 66 (10 Septembre 1959) n° 17 1301-1316

X... - La réadaptation des diminués physiques aux Etats-Unis.

Rapport de la Mission Française de productivité (Juin 1951)
Société auxilliaire pour la diffusion des éditions de productivité.

X... - Le plan national de réadaptation et de reclassement des défectifs en Grande Bretagne.

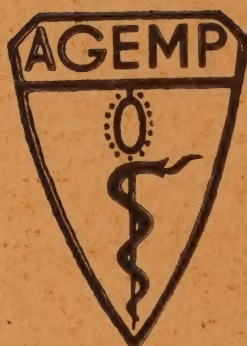
Communiqué par l'Ambassade de Grande Bretagne

Bull. du Centre d'Et. et de Recher. Psychotech. n° 2.3.

(Avril Septembre 1953) 89-126

ZISSMANN H. - Les défectifs - législation - réadaptation - bibliographie.

Bull. du Centre d'Et. et de recher. Psychotech. n° 1 (Janvier Mars 1957) 6 19-124.



**AGEMP
POLYCOPIE**

8, rue Dante
PARIS - V •

Téléphone : ODÉon 58-95